

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

**Dissertação de Mestrado**

**IMPLEMENTAÇÃO DE UMA DIRETRIZ CLÍNICA BASEADA EM CONSULTOR  
MÉDICO VISITADOR EM UMA COOPERATIVA MÉDICA**

Mestrando: Jussara Munareto Silva  
Orientador: Ronaldo Bordin  
Co-orientador: Airton Tetelbom Stein

Porto Alegre, julho de 2009.

## SUMÁRIO

Abreviaturas e siglas

INTRODUÇÃO.....	4
DESCRIÇÃO DA UNIMED PORTO ALEGRE.....	5
IMPLEMENTAÇÃO DE DIRETRIZES CLÍNICAS NA UNIMED PORTO ALEGRE.....	6
REVISÃO DE LITERATURA .....	9
SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL.....	9
DIRETRIZES CLÍNICAS E QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA MÉDICA .....	15
ESTRATÉGIAS DE IMPLEMENTAÇÃO DE DIRETRIZES CLÍNICAS .....	17
OBJETIVOS.....	21
MATERIAL E MÉTODO .....	22
DELINEAMENTO.....	22
CONSULTOR MÉDICO VISITADOR .....	23
MALA DIRETA.....	23
GRUPO-CONTROLE.....	23
AMOSTRA E ANÁLISE DE DADOS .....	24
QUESTÕES ÉTICAS .....	24
DIRETRIZ DE ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA.....	24
RESULTADOS .....	25
DISCUSSÃO .....	30
LIMITAÇÕES DO ESTUDO .....	34
CONCLUSÕES .....	34
REFERÊNCIAS .....	34
CONSIDERAÇÕES.....	38
ARTIGO.....	40
APÊNDICES.....	56
ANEXO.....	66

## **Abreviaturas e siglas**

ANS – Agência Nacional de Saúde

AMB – Associação Médica Brasileira

CFM - Conselho Federal de Medicina

CMV – Consultor Médico Visitador

DC – Diretrizes Clínicas

EGB – estreptococos do grupo B

IGP-M – Índice geral de preços do mercado

INPC – Índice nacional de preços ao consumidor

MD – Mala direta

## I. INTRODUÇÃO

Evidências científicas vêm demonstrando que a incorporação das pesquisas e das Diretrizes Clínicas na prática diária ocorre de forma muito lenta e variável<sup>1</sup>, considerando-se, ainda hoje atrasos, de vários anos. A aderência dos médicos a Diretrizes Clínicas é crítica para melhorar os resultados e a qualidade na assistência à saúde. Diminuir a lacuna entre as investigações científicas e a prática médica constitui prioridade, especialmente para as práticas que ocorrem fora do meio acadêmico.

A difusão passiva do conhecimento realizada por meio da educação médica continuada tradicional, uma das estratégias mais amplamente utilizadas, tem se mostrado pouco eficiente para alcançar rápidas e significativas mudanças das práticas<sup>2</sup>. Torna-se, assim, imprescindível a busca de mecanismos que assegurem que a prática reflita efetivamente as melhores evidências e seja orientada por Diretrizes Clínicas atualizadas. Estratégias de implementação, novas e/ou aprimoradas, devem conduzir mudanças da prática de forma mais ampla e rápida. O sucesso da implementação deve possibilitar melhor qualidade dos cuidados em saúde através da redução da variação inapropriada e da efetiva aplicação dos avanços científicos na prática diária<sup>3, 4</sup>.

Desenvolver e aperfeiçoar estratégias de implementação é o caminho a ser seguido, em todo mundo, já que as necessidades dos pacientes, da comunidade ou organização têm características próprias e não se podem replicar exatamente como foram realizadas em determinado estudo<sup>5</sup>.

Hoje há uma necessidade de se identificar estratégias de implementação que estejam baseadas em evidências científicas.

Existem vários tipos de intervenções que podem ser utilizados na promoção de mudança comportamental entre os profissionais da saúde e de implementação dos resultados das investigações. Dissociar os efeitos da intervenção a partir da influência dos fatores contextuais é difícil partindo da interpretação dos resultados dos ensaios individuais de mudança comportamental. Entretanto, revisões sistemáticas de rigorosos estudos fornecem a melhor evidência da eficácia das diferentes estratégias de promoção da mudança comportamental. As intervenções para promover mudança comportamental entre os profissionais da saúde, que são consistentemente eficazes são: visitas educacionais, lembretes (manual ou informatizado), intervenções multifacetadas (auditoria e feedback, lembretes, processos locais de consenso), reuniões educativas interativas (oficinas)<sup>6, 7</sup>.

A estratégia de implementação das Diretrizes Clínicas através da intervenção com visitas realizadas por consultor acadêmico, em nível ambulatorial, conta com um construto teórico bem estabelecido para mudar o comportamento médico<sup>8</sup>. Por meio de comunicação persuasiva e alterando a cognição através de feedback personalizado e reforços o consultor acadêmico, em estudo para o rastreamento do câncer de mama, demonstrou mudar a atitude médica e confiança<sup>8</sup>. Tradicionalmente empregada por companhias farmacêuticas para divulgar informações técnicas sobre drogas e aumentar a prescrição entre os médicos, o consultor acadêmico tem se mostrado efetivo em muitos estudos em que tem sido avaliado<sup>9, 10</sup>.

As evidências suportam que visitas aos médicos com caráter educacional, sozinhas ou combinadas com outras intervenções, melhoram a qualidade da assistência prestada aos

pacientes<sup>11</sup>. Existem evidências de alta qualidade de que visitas educacionais podem melhorar a prescrição apropriada. Existem evidências de moderada qualidade de que visitas educacionais podem melhorar outras práticas<sup>11</sup>.

Os efeitos das visitas educacionais mostram-se pequenos a moderados, mas tem potencial importante para a prática, conforme revisão sistemática com 69 ensaios clínicos randomizados, envolvendo mais de 15.000 profissionais de saúde<sup>10</sup>. Nessa revisão sistemática há oito ensaios em que a intervenção incluiu uma visita educacional face a face sendo comparada a outro tipo de intervenção, normalmente auditoria e feedback. As intervenções que incluíram visitas educacionais pareceram ser um pouco superior à auditoria e feedback.

O desempenho à longo prazo e o custo efetividade das visitas ainda não são conhecidos. Há necessidade de monitoramento. Estudos envolvendo visitas educacionais face a face para melhorar a prescrição médica têm mostrado resultados variáveis e há necessidade de novas avaliações dessas intervenções em diferentes sistemas de cuidados de saúde<sup>12</sup>.

No Brasil não há estudo de ensaio clínico avaliando a implementação de Diretrizes Clínicas na prática médica através de consultor visitador.

Há clara escassez de estudos experimentais avaliando a implementação de protocolos assistenciais e de Diretrizes Clínicas baseadas em evidências e o estudo, ora em questão, se propõe a fazê-lo.

O estudo é realizado em uma Cooperativa de serviços médicos, UNIMED Porto Alegre, um plano de saúde participante do Sistema de Saúde Suplementar do Brasil.

### **Descrição da Unimed Porto Alegre**

É uma singular do sistema UNIMED do Brasil fundada em 23 de dezembro de 1971, sendo formada inicialmente por 30 médicos.

A Cooperativa médica UNIMED é um sistema amplo e simples de assistência privada onde o usuário é livre para escolher o médico de sua preferência, entre os associados. A UNIMED Porto Alegre tem contratos de assistência médica, hospitalar e de serviços com pessoas físicas, empresas particulares, industriais ou comerciais, entidades bancárias, fundações, autarquias e repartições de administração pública. Além disso, mantém intercâmbio com as demais cooperativas singulares espalhadas por todo o Brasil e países do Mercosul, o que possibilita o atendimento do beneficiário na localidade.

Atualmente a UNIMED Porto Alegre conta com 5.800 médicos cooperados, abrangendo 60 especialidades, com mais de 340 pontos de atendimento entre hospitais, laboratórios e clínicas. A cooperativa compõe-se de 90% de médicos especializados, atende 400 mil beneficiários e conta com 3 mil empresas contratantes.

A Unimed possui como área de atuação os municípios de Porto Alegre, Canoas, Esteio, Cachoeirinha, Gravataí, Alvorada, Sapucaia do Sul, Osório e Viamão, além da região do Litoral Norte do Estado (Arroio do Sal, Capão da Canoa, Cidreira, Imbé, Maquiné, Tramandaí, Mostardas, Palmares do Sul, Torres, Três Cachoeiras e Xangri-lá, entre outras).

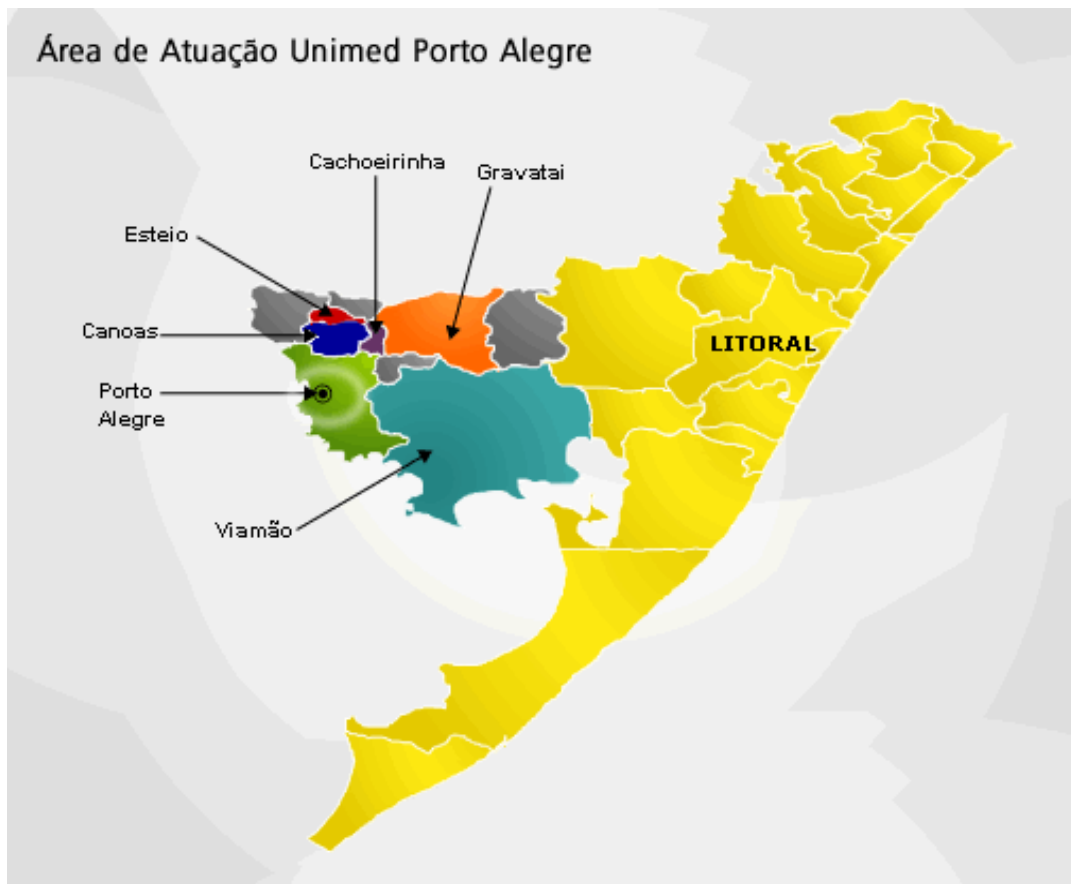


Figura 1: Mapa de localização da área geográfica de cobertura da Unimed Porto Alegre do Estado do Rio Grande do Sul

Possui um banco de dados e um sistema operacional “Business Intelligent” que permite acesso aos dados de forma fácil, segura, rápida, e o desenvolvimento de informações importantes para o gerenciamento da atenção à saúde da população de usuários.

### **Implementação de Diretrizes na Unimed Porto Alegre: como vem ocorrendo**

Em agosto de 2002 foi criada, por iniciativa do Conselho Administrativo, uma Comissão de apoio e orientação voltada aos médicos cooperados chamada Projeto Compromisso. Esta comissão tem como missão a busca do comprometimento dos cooperados com a boa prática médica e a melhor qualidade de assistência à saúde. Sua atuação inicia-se a partir da avaliação do processo de atendimento médico. São, então, identificados temas relevantes para a prática clínica e assistência aos usuários, que possuem abordagem diagnóstica. É formado grupo de trabalho multidisciplinar de médicos cooperados, das especialidades envolvidas no manejo, se identificam perguntas relevantes sobre o tema e a existência de Diretrizes Clínicas da

Associação Médica Brasileira/Conselho Federal de Medicina, se buscam evidências na literatura nacional e internacional, faz-se avaliação crítica dos artigos com critérios de inclusão, elaboração de algoritmo e definição de indicadores. A utilização de algoritmos é estimulada para que as recomendações sejam de mais fácil implementação. Essas recomendações apresentam o nível de evidência de cada recomendação. O acesso à biblioteca Cochrane é estimulada durante a busca de dados.

Após, concluídas as recomendações baseadas em evidências científicas sobre o tema definido e analisadas as Diretrizes Clínicas da AMB/CFM, estas são colocadas no site da Unimed Porto Alegre, no Cooperado on line, para consulta pública junto aos médicos cooperados. Posteriormente é realizada oficina com todos os médicos especialistas envolvidos com o tema e manejo das situações clínicas. Neste encontro, Oficina, são, então, discutidas as recomendações, sendo convidados a participar as Sociedades de Especialidades, o trabalho sofre alterações, conforme evidências científicas, e finalmente as recomendações são legitimadas. Estas representam critérios de boa prática, aprovados pelos cooperados da área, e base para parâmetros de avaliação. Os médicos que comparecem às Oficinas recebem o valor de uma consulta como forma de valorizar a efetiva participação e atualização científica, tendo como finalidade qualificar e melhorar a assistência médica. Este incentivo foi aprovado em Assembléia da Cooperativa no ano de 2003. Em agosto de 2007 foi aprovado pelo Conselho de Administração o projeto do consultor médico visitador, como estratégia de implementação de Diretrizes Clínicas, sendo que o médico visitado recebe o mesmo incentivo que o participante de Oficina, ou seja, o valor de uma consulta médica. O consultor médico visitador constitui-se em um instrumento para qualificar a prática médica e por consequência a assistência prestada. Tem caráter educativo e não impositivo, permitindo o diálogo entre pares, e está, em princípio, embasado nas melhores e mais atualizadas evidências científicas.

Os novos médicos cooperados participam de Encontro de orientação sobre o funcionamento e estatutos da Cooperativa. Neste encontro, tomam conhecimento das Diretrizes e recomendações já existentes e sobre a importância da implementação, assim como, da sua participação na definição de novas orientações baseadas em evidências.

Nesta pesquisa é utilizada a Diretriz da Associação Médica Brasileira, com foco diagnóstico: Assistência Pré-natal.

A Diretriz de Assistência Pré-natal da Associação Médica Brasileira, após avaliação pelo Comitê de Ginecologia, composto por médicos cooperados indicados pela Sociedade de Ginecologia, foi aprovada na íntegra para utilização na prática clínica e legitimada, em outubro de 2007, em Oficina convocada especificamente para discussão do tema.

Considerando-se que:

*Segundo recomendação da Diretriz Médica Brasileira de “Assistência Pré-natal”, de 11 de junho de 2006<sup>13</sup>, toda gestante deve ser submetida à coleta de material vaginal e retal para rastreamento da colonização por estreptococo do grupo B entre 35 e 37 semanas de gestação<sup>14,15</sup>.*

Constatou-se, inicialmente, solicitação muito variável e baixa prevalência da cultura para estreptococos de Grupo B (EGB) nas gestantes, na Cooperativa. A utilização do consultor

médico visitador mostrou-se uma alternativa na aplicação desta Diretriz Médica. A solicitação de cultura para estreptococo do grupo B, na prática obstétrica da Cooperativa, por ter uma recomendação para rastreamento nas gestantes e ser um dado de fácil obtenção na base de dados, foi considerado um indicador objetivo e seguro para avaliar mudanças na prática.

Sabemos que, apesar da gravidade da infecção por EGB e de a mesma ser passível de benefícios profiláticos, há pouca valorização na etiologia dos processos infecciosos que acometem os recém nascidos e as puérperas<sup>16</sup>.

O *Streptococcus agalactiae* ou EGB é encontrado na mulher como saprófita vaginal e sua colonização pode ser transitória, crônica ou intermitente. A colonização materna constitui fator de risco reconhecido para colonização neonatal e sepse. O EGB pode ser isolado em 15 a 40% das mulheres grávidas e representa a causa mais freqüente de infecção bacteriana de transmissão vertical, com elevada taxa de morbidade e mortalidade neonatal. Cerca de 50 a 75% dos recém-nascidos expostos ao EGB intravaginal tornam-se colonizados, permanecendo assintomáticos, e 1 a 2% desenvolve infecção clínica grave<sup>17</sup>.

A transmissão vertical do EGB pode ser prevenida com administração de antibiótico intraparto<sup>18</sup>. Taxas de infecção neonatal maiores que 0,6/1.000 indicariam o estabelecimento de uma estratégia de profilaxia, através de fatores de risco e taxas superiores a 1,2/1.000 nascidos vivos já apresentariam relação custo-benefício favorável para o estabelecimento de uma estratégia baseada na realização universal de cultura pré-natal<sup>19</sup>.

No Brasil, são escassos os dados referentes à morbidade e mortalidade pela doença neonatal pelo EGB. Não há implementação da vigilância de casos de sepse neonatal no país, nem existem dados populacionais que nos permitam confirmar a incidência nos nascidos vivos e esta escassez de informação pode ser vista como responsável, pelo menos em parte, pela pouca atenção dada pelos órgãos responsáveis.

Dois estudos avaliaram as prevalências da colonização pelo EGB entre gestantes com mais de 35 semanas realizando pré-natal em hospitais-escola do Paraná e Santa Catarina. De acordo com recomendação internacional, foram realizadas coletas de amostras anal e vaginal, utilizando meio específico de Todd-Hewitt, para isolamento e identificação da bactéria<sup>20</sup>. As prevalências encontradas foram de 14,9 e 21,6%, respectivamente, valores que estão dentro da variação relatada em outros países<sup>21,22</sup>. No meio de cultivo Todd-Hewitt a taxa de detecção do EGB vaginal foi de 11,8%, e anorretal de 3,4%, com desempenho de 48%; para meio HPTH vaginal de 19,6% e anorretal de 16,7%, com desempenho de 68%. O meio de HPTH, para isolamento de EGB, associadas coleta vaginal e anorretal, teve um desempenho superior, de 88%<sup>23</sup>.

Um estudo no Hospital de Clínicas de Porto Alegre encontrou uma incidência de 1/1000 nascidos vivos acometidos de infecção por EGB, no período de janeiro de 1996 a junho de 1999<sup>24</sup>, com taxa de mortalidade de 20 %. Em outro estudo realizado no Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher da Universidade Estadual de Campinas, a incidência de 1995 a 2000 foi de 1,4/1.000, antes da implementação de profilaxia vinculada a fatores de risco para infecção por EGB<sup>25</sup>.

A incidência estimada no Brasil de infecção por EGB em nascido vivos, sem o uso de medidas



profiláticas, pode ser inferior à dos Estados Unidos da América antes da implementação de medidas preventivas (2-3/1000), mas superior àquela que se alcançou com a adoção da cultura pré-natal (0,2-0,4/1000)<sup>26</sup>. Também é superior aos valores observados no Reino Unido (0,5/1000), onde se utilizam os fatores de risco como estratégia para orientar a profilaxia intra-parto para infecção por EGB<sup>27</sup>. São considerados fatores de risco para infecção: parto prematuro (menos de 37 semanas de gestação), temperatura superior a 38°C durante trabalho de parto, ruptura de membranas por mais de 18 horas e infecção urinária por EGB na gestação.

As taxas de infecção neonatal precoce, descritas nas séries brasileiras, quer estejam subestimadas ou não, fazem refletir sobre a importância do estabelecimento de uma estratégia de profilaxia.

Na maior parte do Brasil, estratégias organizacionais não são adotadas de forma rotineira, visando à prevenção e tratamento de infecção neonatal por EGB. Bem como, não há estratégias públicas de prevenção e tratamento visando à redução da prevalência da infecção neonatal pelo estreptococo do grupo B<sup>28, 29</sup>. É importante, entretanto, desenvolver, no país, estratégias efetivas para alertar os profissionais médicos acerca da importância de incluir no exame pré-natal a realização da pesquisa da colonização por EGB, bem como da profilaxia correta das mulheres colonizadas no momento do parto. Os gestores de recursos e de risco e os prestadores de serviço são os principais responsáveis pelo uso apropriado dos recursos disponíveis, ou seja, pela qualidade e eficiência do sistema de saúde. Entretanto, é necessário avaliar se o consultor médico visitador, como estratégia educacional, é efetivo na implementação de uma Diretriz Médica, na Cooperativa médica.

Maior experiência e conhecimento relativos a implementação de Diretrizes Clínicas em cenários diversos, como na Saúde Suplementar, bem como na utilização do instrumento consultor visitador, desempenhado por um par, são importantes na identificação e acúmulo de evidências que levem a mudanças na prática médica.

## **II. REVISÃO DE LITERATURA**

O referencial teórico que orientou este trabalho está fundamentado nos seguintes conceitos básicos: saúde suplementar no Brasil, Diretrizes Clínicas e estratégias de implementação.

### **2.1 Sistema de Saúde Suplementar no Brasil**

O sistema de saúde brasileiro pode ser caracterizado como um sistema de saúde misto, onde os setores público e privado atuam no provimento e no financiamento dos bens e serviços de saúde. A constituição de 1988 garante acesso aos serviços de saúde como um direito universal e igualitário de todos cidadãos brasileiros, mas permite a coexistência, paralelamente ao sistema público de saúde, de um sistema de saúde suplementar regulado pelo Estado (§ 1º do artigo 199). Brasil<sup>30</sup>.

O setor suplementar de saúde brasileiro constitui uma importante e significativa parcela do mercado de assistência médica no Brasil, respondendo por cerca de 25% do mercado de assistência médica.

O Sistema de Saúde Suplementar compõem-se de operadoras de planos e seguros de saúde e são classificadas em cinco modalidades, distinguindo-se quanto à forma de contratação de serviços de saúde<sup>31</sup>.

**1) Medicina de Grupo:** empresas que prestam serviços médicos, por meio de infra-estrutura própria ou credenciada, e utilizam o pré-pagamento como forma de financiamento. Ofertam planos de saúde empresariais e familiares. A entidade que as representam é a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE).

**2) Autogestão:** empresas ou entidades públicas que fornecem planos de saúde aos seus funcionários e dependentes, os quais contribuem mensalmente para ter este direito. O Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde (CIEFAS) é o representante das empresas e associações públicas, as quais correspondem a uma modalidade de medicina suplementar. Já a Associação Brasileira das Autogestões em Saúde Patrocinadas pelas Empresas (ABRASPE) representa tanto as empresas privadas quanto algumas entidades públicas, e caracterizam-se como uma outra modalidade.

**3) Cooperativas Médicas:** sociedades sem fins lucrativos, regidas e organizadas segundo as leis do cooperativismo (Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971), onde os médicos cooperados são, simultaneamente, sócios da cooperativa e prestadores de serviço. E recebem pagamento proporcional ao tipo e ao volume do atendimento, acrescido de um valor que procede do rateio das sobras do resultado final. Comercializam planos individuais, familiares e empresariais. O sistema de pré-pagamento é utilizado, aliado ao de co-pagamento. Estas cooperativas estão presentes em cerca de 80% do território brasileiro, prestam seus serviços através da sua rede própria e por meio de serviços credenciados. Tais cooperativas são conhecidas como Unimeds, possuem organização predominantemente local/municipal, e são representadas pela Confederação das Unimeds do Brasil. As Cooperativas exclusivamente odontológicas existentes no País seguem a mesma legislação.

**4) Seguros de Saúde:** sociedades com fins lucrativos, reembolsam todas as despesas médicas do segurado, de acordo com as especificidades da apólice de seguro, conforme disposto na Lei 10.185/2001. O segurado paga um valor mensal, de acordo com o prêmio estipulado na apólice, e pode optar pelos médicos e hospitais que desejar.

**5) Entidades filantrópicas:** entidades sem fins lucrativos que operam Planos Privados de Assistência à Saúde, com certificado registrado de entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) e com declaração de utilidade pública federal junto ao Ministério da Justiça ou declaração de utilidade pública estadual ou municipal junto aos Órgãos dos Governos Estaduais e Municipais.

Desde o início de 1980, o Sistema de Saúde brasileiro vem passando por profundas transformações<sup>32</sup>. Foram observadas mudanças tanto na assistência à saúde prestada pelo setor público quanto na prestação de serviços oferecida pela medicina suplementar. Na esfera pública, o governo federal está descentralizando a assistência, transferindo uma responsabilidade maior no provimento desses serviços para os municípios. Já o sistema de assistência médica suplementar sofreu uma forte expansão na década de 1990, por influência de diversos fatores, entre os quais, ao grande número de usuários e a incapacidade do Sistema

Único de Saúde de atender toda a população de acordo com as expectativas. A universalização do acesso à assistência médica, garantida pela constituição de 1988 e pela criação do SUS, sem a garantia dos recursos necessários, levou a uma piora progressiva na qualidade do atendimento e paradoxalmente aumentou as dificuldades de acesso ao sistema. Nesta época, as operadoras sofriam regulação financeira, porém utilizavam a prática da seleção de uma carteira rentável através da exclusão unilateral de segurados de alto risco, assim como, cláusulas contratuais de exclusão ou limitação de determinados tratamentos.

Até 1994, o modelo de cobrança dos planos de saúde era o de pré-pagamento, trabalhando essencialmente com o risco dos sinistros. A maioria das empresas se preocupava somente com as atividades operacionais de curto prazo, pois não havia a “necessidade” de investimento de longo prazo, já que o foco era na gestão financeira, e não no desenvolvimento da qualidade dos serviços prestados.

O ciclo de caixa era positivo, com o pagamento das contas médicas efetuado, no mínimo, dois meses após a ocorrência do evento, pois o processamento do pagamento aos médicos e hospitais contava com baixa automação, dependendo basicamente do trabalho manual. Assim, os recebimentos tinham remuneração financeira de, pelo menos, dois meses para os respectivos desembolsos. A preocupação com os custos era, praticamente, inexistente.

O mercado de saúde suplementar não era regulamentado. As operadoras gerenciavam as demandas através de suas próprias centrais de regulação e da aplicação de glosas. Caso as operadoras não concordassem com os valores cobrados, elas tinham a prerrogativa da glosa, isto é, nem todos os itens considerados como serviços prestados eram aceitos pelas operadoras que pagavam os serviços.

Nesta época, não havia obrigatoriedade de cobertura para alguns principais eventos de alto custo como quimioterapia, radioterapia, Unidade de Tratamento Intensivo, doenças infecciosas, etc. Os contratos possuíam cláusulas de exclusão ou limitação de determinados tratamentos. As carteiras dos planos eram bem distribuídas dentro das faixas etárias, não havendo concentração de risco. O usuário reconhecia o plano de saúde como um seguro-saúde para ser utilizado em caso de sinistro, porque esta utilização poderia afetá-lo desfavoravelmente no momento da renegociação. O reajuste das mensalidades era livre até 1998.

Em virtude da estabilização econômica do País, com o controle da inflação e o fim da ciranda financeira, as empresas desta indústria foram obrigadas a trocar a gestão financeira pela gestão do seu negócio. A reação dos usuários, sobretudo no segmento dos planos individuais e familiares, com forte repercussão na mídia, levou o Governo Federal a adotar medidas mais efetivas de regulamentação.

Os marcos da regulação da assistência suplementar à saúde são as Leis Federais nº. 9.656/98 e 9.961/2000. A lei 9.656/98 regulamenta os Planos Privados de Assistência Suplementar à Saúde sendo definida como: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós-estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, escolhidos de forma livre, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando à assistência médica, hospitalar e

odontológica, a ser paga, integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor.

Em 2000 foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)<sup>33</sup>, com a finalidade de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras, inclusive quanto à suas relações com os prestadores e consumidores, e, contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no País. Instituiu a Capitalização, Reserva Técnica, Garantia de Solvência, dando maior segurança ao usuário e elevando os custos operacionais. É responsável pelo monitoramento das Operadoras e conhece a realidade contábil de todo o segmento. Além de analisar e fiscalizar as negativas de atendimento, a mesma orienta em processos administrativos, fixa multas e define reajustes para o mercado.

De modo geral, a regulamentação visava corrigir e atenuar as falhas do mercado, como a assimetria de informações entre clientes, operadoras e fornecedores de serviços e a seleção de riscos. No entanto, a Lei 9656/98 estabeleceu um plano de referência, onde quase todos os procedimentos devem ser atendidos e, por outro lado, controlou a receita, ou seja, a diferenciação deste setor ficou por conta da rede credenciada, de serviços suporte e das acomodações. Assim, funcionou como complicador para os envolvidos nos processos de saúde. A concorrência ficou, assim, determinada por preço e prazo. Esta obrigatoriedade na oferta de serviços que atenda a um padrão de cobertura definido pelo órgão regulador vetou a opção de gerenciamento da oferta como elemento estratégico às empresas, restando-lhes apenas o gerenciamento da demanda, o que leva muitas operadoras a adquirirem seus próprios hospitais e laboratórios.

Neste cenário, o usuário perdeu o comprometimento e o espírito de parceria na utilização do plano, chegando a ponto de ceder sua carteirinha para que outra pessoa utilize o plano, esquecendo que a conta tem de ser paga por alguém, uma vez que, a precificação de seu produto é realizada através do estudo atuarial de apenas uma vida<sup>34</sup>.

São observadas, assim, fontes prováveis de ineficiência no sentido de Pareto, e que impedem melhores alocações possíveis de recursos, como: sobreconsumo e gasto excessivo, gerado por parte dos consumidores e prestadores, o que pode ser chamado de risco moral, e, ainda, a seleção adversa onde há impossibilidade de discriminar as pessoas segundo o risco de adoecer, levando a maior utilização e aumento dos prêmios<sup>34</sup>. Os resultados de estudo sobre risco moral indicam a presença de risco tanto para hospitalização quanto para consultas médicas. Para o modelo de consultas, o resultado encontrado indica que cada indivíduo utiliza, na média, 36% mais serviços que se não tivesse plano. Para o modelo de dias de internação, o resultado encontrado indica que cada indivíduo utiliza, na média, 56%, mais serviços que se não tivesse plano privado<sup>35</sup>.

Já a sobreutilização dos prestadores pode ocorrer tanto para elevar os rendimentos diretos, quanto para reduzir a incerteza do diagnóstico, e com isso obter também ganhos de reputação.

O objetivo dos usuários, quando entram em um plano de saúde, é a máxima utilização dos serviços disponíveis e por falta de informação têm uma visão de curto prazo. A perspectiva de utilização também é fomentada pela mídia com os frequentes anúncios sobre novas tecnologias, que em muitas das vezes, não é um serviço substituto ou de maior resolutividade. Os

fornecedores têm maior rendimento através do giro, com mais consultas, mais exames, mais internações, mais órteses e próteses, ou seja, o modelo adotado faz com que este agente trabalhe por conta de uma remuneração variável. Esquecem, muitas das vezes, que o produto da indústria que eles estão inseridos é a saúde.

As operadoras, na sua maioria, não agregam valor ao negócio, trabalhando em regime de compensação, pagando os fornecedores e cobrando os usuários. Argumentam que é a alta rotatividade da carteira de vidas e que não valeria a pena o investimento de longo prazo, pois até a obtenção do retorno sobre o investimento, esta vida já pertenceria a carteira de outra operadora<sup>36</sup>.

Com o envelhecimento da população brasileira, a concentração de idosos nos planos aumentou e, conseqüentemente, também os riscos, custos e preços. Isto gera a seleção adversa, ou seja, quem mais usa o plano permanece. Aquele que usa menos, sem condições de pagamento ou pagando muito pelo que utiliza, sai, e conseqüentemente, a reserva técnica deste jovem não é constituída para futuras utilizações e, obviamente, esta conta terá de ser paga por alguém<sup>21</sup>. O Estatuto do Idoso proporcionou justas vantagens a essa população em termos de acesso e manutenção em planos de saúde, porém, determinou a fuga dos mais jovens devido a aumento de custos compensatórios<sup>36</sup>.

A Saúde Suplementar conta, segundo cadastro da ANS/MS de 09/2008, com 40,8 milhões de pessoas beneficiárias em planos de assistência médica. Já a distribuição percentual dos beneficiários de planos de saúde por modalidade da operadora, segundo cobertura assistencial, é de: medicina de grupo 37,8%, cooperativa médica 33,8%, autogestão 13%, seguradora especializada em saúde 11,9% e filantropia 3,5%. O sistema vem encolhendo nos últimos anos.

No ano de 2000, o Brasil contava com 2723 operadoras de planos de saúde e em 2008 com apenas 1785. Muitas empresas quebraram e as que se mantêm no mercado precisam de ferramentas para viabilizar a tomada de decisão. Os desafios do sistema são: evolução da tecnologia médica e farmacêutica, materiais e medicamentos com custos crescentes; redução da massa crítica das operadoras - concentração de risco e diminuição da liquidez - por desemprego e inadimplência, reflexos da economia; dificuldade de educar o usuário com programas sociais para administrar e reduzir custos; histórico de reajustes insuficientes autorizados pela ANS, contra reajustes muito superiores de material e medicamento – acima do IGP-M e de diárias e taxas – acima do INPC, no período; pressão da Justiça através de liminares favoráveis aos usuários que contribuem para aumento de custos.

As operadoras vêm investindo na modernização e ampliação de sua estrutura, na qualificação profissional, na aplicação e desenvolvimento da medicina preventiva e no atendimento à legislação.

A busca por contratos de planos coletivos tem sido preferida pois o que vale é o que estiver acordado no contrato da operadora com a empresa, sindicato, associação, cooperativa ou qualquer pessoa jurídica. O contrato não se submete à lei dos planos de saúde nem aos limites de aumento estipulados pela ANS, além de serem reajustados, também, pela sinistralidade do plano, ou seja, a Operadora só permanece prestando serviço se o resultado da operação for favorável. A obrigatoriedade do Plano Referência e o não alinhamento dos preços com os

custos médico-assistenciais resultaram no desequilíbrio econômico-financeiro dos contratos individuais. No médio prazo, o lucro obtido através dos contratos coletivos pode não compensar os prejuízos dos contratos individuais vigentes. Em ocorrendo isto, o risco de insolvência das operadoras pode aumentar significativamente<sup>37</sup>.

Dado que os gastos com saúde e os custos dos sistemas de saúde tendem a crescer mais do que os índices de preços e que, a partir de um determinado nível, o aumento dos gastos de saúde não traz maiores incrementos na expectativa de vida da população, torna-se necessário estabelecer medidas que permitam racionalizar os gastos com saúde.

As distorções que levam ao aumento dos gastos com saúde podem ser derivadas de dois fatores básicos, conforme Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada de 2002:

- 1) Comportamento dos médicos;
- 2) Comportamento dos usuários dos serviços.

O modelo de assistência médica centrado na produção de procedimentos, sem maiores vínculos com a necessidade de saúde é de eficácia duvidosa, pois por mais recursos financeiros que forem colocados neste modelo assistencial hegemônico por um projeto médico neoliberal privatista, mais recursos o sistema pedirá, sem mostrar nenhuma adequação à produção efetiva de saúde<sup>38</sup>.

As dificuldades somente serão vencidas com a criação de valor pela cadeia envolvida nos sistemas, com uma gestão fundamentada no planejamento e conduzida com o apoio de ferramentas gerenciais compatíveis com a demanda de gestão.

Desde a década de 90, a área de assistência à saúde tem sido marcada pela preocupação com o uso e estímulo às práticas baseadas em evidências científicas efetivas e pela busca de melhorias da qualidade da assistência através da alocação mais eficiente de recursos, comumente limitados.

Segundo Donabedian, “O propósito dos sistemas de saúde, em seu núcleo e através de inúmeras partes, é proporcionar o mais alto nível de qualidade ao menor custo, de maneira mais equitativa, ao maior número de pessoas”<sup>39</sup>.

É aceito internacionalmente a pressuposição de que os melhores resultados da atenção à saúde são obtidos através da implantação de diretrizes clínicas para prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de doenças, definidas a partir das melhores evidências científicas disponíveis a cerca da eficiência e efetividade de intervenções<sup>40, 41</sup>.

O aumento dos custos da atenção à saúde e a necessidade de subsidiar tecnicamente a seleção de tecnologias a serem financiadas incrementou a partir de meados dos anos 80 as atividades de avaliação tecnológica em saúde. O uso racional de tecnologia implica a seleção de tecnologias a serem financiadas e a identificação das condições ou subgrupos em que elas deverão ser utilizadas, no sentido de tornar o sistema de saúde mais eficiente para o objetivo de proteger e recuperar a saúde da população<sup>42</sup>.

Entende-se que a implementação de Diretrizes Clínicas tem o potencial de contribuir positivamente para a racionalização na prestação de cuidados de saúde, através do

direcionamento dos recursos e limitação de variações inapropriadas na prática médica<sup>5</sup>. Várias diretrizes clínicas vêm sendo desenvolvidas pela Associação Médica Brasileira e representam uma aplicação criteriosa das evidências de pesquisa à realidade da prática clínica, desde o ano de 2000 e contam em 2008 com 280<sup>43</sup>.

A seleção das diretrizes a serem adotadas pela organização inclui: relevância epidemiológica, custos, potencial de mudança nos resultados de saúde, nível elevado de variação na prática e prevalência de uso de uma tecnologia.

A necessária contextualização das diretrizes nacionais ocorre por diferentes razões: para envolver e obter sugestões dos médicos que irão utilizá-las; para considerar intervenções mais custo efetivas; para ajustá-las aos recursos locais existentes; para ajustá-las às necessidades da população atendida; para simplificá-las ou atualizá-las.

## **2.2 Diretrizes clínicas e qualidade na assistência médica**

Nas últimas décadas surgiu a epidemiologia clínica, representando uma síntese entre os campos da experiência clínica e o método epidemiológico. A epidemiologia clínica permitiu a fundamentação da prática médica com o método científico de pesquisa epidemiológica, ou seja, a medicina baseada em evidências<sup>44</sup>.

O médico na prática da medicina baseada em evidências<sup>45</sup>:

1. Aceita a incerteza nas decisões clínicas e reconhece que as ações no manejo dos pacientes são freqüentemente adotadas sem o conhecimento sobre o seu real impacto;
2. Reconhece que a experiência clínica e os conhecimentos sobre os mecanismos de doença e de intervenções, apesar de necessários no raciocínio clínico, são insuficientes para reduzir significativamente as incertezas de muitas decisões clínicas;
3. Busca evidências de pesquisas planejadas clínicas e epidemiológica contendo dados que respondam às incertezas das decisões clínicas;
4. Integra a evidência com o entendimento atual sobre os mecanismos de doenças e com as experiências clínicas pessoais, ponderando os valores atribuídos pelos pacientes e pela sociedade aos riscos, benefícios e custos das intervenções médicas.

Levando em consideração as afirmações acima se percebe que a responsabilidade da qualidade da assistência médica se desloca do médico individualmente para um grupo de médicos ou uma organização, reforçando o uso da epidemiologia, na qual são fundamentados os métodos de trabalho, investigação e as ações de saúde coletiva. A valorização da medicina baseada na evidência científica serve como cenário para o desenvolvimento de diretrizes clínicas.

A utilização de diretrizes origina-se da percepção de variações dos padrões de prática e da utilização de serviços de saúde, uso inapropriado dos serviços e a incerteza acerca dos resultados obtidos pelo uso ou não uso de serviços ou procedimentos.

Na prática clínica, após o período de formação, os médicos encontram dificuldade para selecionar, entre a vasta quantidade de dados existentes, quais informações são mais relevantes, úteis e válidas e quais podem ser descartadas, além do pouco tempo que dispõem para

dispensar à pesquisa. Entre as conseqüências constata-se um grande atraso na incorporação das evidências científicas à prática clínica. Pode levar em média 17 anos para tornar 14% das descobertas das pesquisas originais em mudanças no cuidado, em benefício dos pacientes, segundo Balas e Boren<sup>46</sup>.

Considera-se que “evidência científica” e julgamento clínico podem ser sistematicamente combinados para produzir recomendações clinicamente válidas e operacionais acerca de cuidados apropriados, que serão usadas para sensibilizar médicos, pacientes e outros, no sentido de mudar suas práticas para obtenção de melhores resultados e diminuição de custos<sup>47</sup>. Para tal objetivo, a aplicação imediata de Diretrizes Médicas é educacional, possibilitado aos médicos a oportunidade de conhecer informações mais atuais e relevantes, sobre determinado assunto, além de quantificar benefícios e danos.

Várias diretrizes clínicas vêm sendo desenvolvidas pela Associação Médica Brasileira e representam uma aplicação criteriosa das evidências de pesquisa à realidade da prática clínica. Até o momento, já existem 280 Diretrizes Médicas. Apesar de a quase totalidade das operadoras de planos de saúde ter considerado relevante a implementação de diretrizes clínicas, estudo mostrou que apenas 32,3% conduzem a sua utilização<sup>48</sup>.

As diretrizes clínicas têm cinco propósitos relevantes<sup>49</sup>:

1. Orientar a tomada de decisão clínica;
2. Educar indivíduos e grupos;
3. Avaliar e garantir qualidade na assistência;
4. Orientar a alocação de recursos na assistência à saúde;
5. Fornecer elementos de boa prática médica.

Na medida em que diretrizes baseiam-se no conhecimento científico, estimativas dos resultados esperados e julgamento profissional corrente, elas claramente têm um papel na avaliação e garantia de qualidade dos cuidados em saúde. Quanto mais as diretrizes clínicas estimarem, explicitamente, benefícios e riscos dos cuidados, mais poderão contribuir para a especificação de critérios que relacionem boa qualidade dos cuidados esperados nos pacientes.

Segundo Quinto Neto e Gastal<sup>50</sup>, a qualidade em saúde busca assegurar ao paciente que toda a organização estará voltada para maximizar os cuidados e benefícios e minimizar os riscos inerentes à ação médica.

Diretrizes clínicas e critérios de revisão que explicitem e descrevam de forma clara os cuidados apropriados para problemas clínicos particulares provêm uma base sólida para a detecção de padrões de super e subutilização e, quando detalhadas, podem melhorar a provisão técnica de cuidados. Ao incluir boas estimativas de resultados esperados (riscos, benefícios) podem contribuir, também, para melhorar a comunicação, propiciando decisões conjuntas entre pacientes e médicos, estando esses processos inter-pessoais no cerne da visão humanística de qualidade<sup>48</sup>.

Muitas diretrizes clínicas possuem limitações, pois não são desenhadas adequadamente para implementação direta na prática, sendo necessário para facilitar o uso medidas como algoritmos, sumários ou formulários de registro médico<sup>49</sup>. Diretrizes claras, específicas e



desenvolvidas por organizações onde haja processos amplamente legitimados, devem ter mais peso do que diretrizes vagas, inespecíficas e mal documentadas. A necessária contextualização das diretrizes nacionais e mesmo modificação, ocorre por diferentes razões: para envolver e obter sugestões dos médicos que irão utilizá-las; para considerar intervenções mais custo efetiva; para ajustá-las aos recursos locais existentes; para ajustá-las às necessidades da população atendida; para simplificá-las ou atualizá-las. Preocupa, no entanto, a possibilidade das modificações comprometerem a integridade de diretrizes clínicas, prejudicando a obtenção de melhorias esperadas no cuidado a condições específicas<sup>51</sup>.

A seleção das diretrizes a serem adotadas pela organização inclui: relevância epidemiológica, custos, potencial de mudança nos resultados de saúde, nível elevado de variação na prática e prevalência de uso de uma tecnologia.

A gestão clínica, no esforço de para garantir a qualidade da assistência deve buscar prevenir, detectar e superar três problemas:

1. Super-utilização de serviços;
2. Subutilização de serviços necessários;
3. Serviços inapropriados.

A análise do emprego de diversas práticas e estruturas de gestão assistencial evidencia o quanto ainda é incipiente e insatisfatória a ingerência dos dirigentes, em operadoras e hospitais do Brasil, sobre as equipes profissionais e, por consequência, sobre a qualidade dos cuidados à saúde providos aos pacientes<sup>52</sup>.

Expectativas com relação ao controle do custo total dos cuidados em saúde devem ser limitadas. A aplicação ampla de diretrizes orientadas em relação aos serviços super-utilizados provavelmente levarão à redução de despesas, em outros casos, despesas serão transferidas de cuidados inapropriados para apropriados e nas Diretrizes focalizadas em serviços subutilizados pode haver crescimento de despesas<sup>49</sup>. A maior razão para o uso de diretrizes clínicas é a melhoria da qualidade de cuidados de saúde.

### **2. 3 Estratégias de implementação de Diretrizes Clínicas**

A grande quantidade de Diretrizes Clínicas desenvolvidas em todo o mundo até o momento tem levado ao aumento da consciência e conhecimento da variação dos cuidados, entretanto, através de difusão passiva tem se alcançado pequeno impacto na prática orientada pelas mesmas<sup>53</sup>. No entanto, duas meta-análises têm ressaltado a importância das recomendações médicas na redução destas disparidades<sup>54, 55</sup>.

A efetiva implementação e disseminação das Diretrizes Clínicas devem ser vigorosamente perseguidas para que não se perca tempo, energia e custos devotados ao desenvolvimento e potencial benefícios para os doentes perdidos. A implementação significa a incorporação da diretriz no processo de tomada de decisão.

A estratégia mais utilizada para implementação das Diretrizes Clínicas, a educação medica continuada tradicional, tem demonstrado fraca influência na mudança das práticas. Torna-se, assim, necessário entender as forças que influenciam a incorporação das DC e desenvolver

métodos mais efetivos que garantam melhores resultados de saúde e segurança para o paciente<sup>56</sup>.

O processo de decisão clínica coordenado pelo médico tem que levar, obrigatoriamente, em consideração três componentes:

1. As evidências científicas;
2. As circunstâncias do atendimento;
3. Escolhas do paciente.

Estes dois últimos componentes mais a coordenação do processo de tomada de decisão representam a prática médica que vai além das evidências científicas propriamente, ou o que se pode chamar de gestão clínica da saúde.

O complexo processo de traduzir adequadamente, nos diferentes lugares, as necessidades e problemas de saúde em necessidades de serviços de saúde e, portanto, de procedimentos e tecnologias de saúde, inclusive através de guias de conduta clínica, deixa cada vez mais de ser de fato uma prerrogativa do médico, individualmente, ou mesmo da profissão<sup>57</sup>. O compartilhamento crescente desse espaço, também se deve às necessidades e aos interesses localizados nos governos assim como aos interesses econômicos localizados em áreas privadas, dentro e fora das sociedades médicas, incluindo não somente a indústria de equipamentos e insumos médicos em si, mas também a indústria de serviços médicos e os planos de saúde. Forma-se aí uma arena em que o aumento e a contenção de custos, assim como os benefícios reais para a saúde da população, estão em jogo<sup>58</sup>. Três níveis de atuação podem ser considerados: micro, intermediário e macro. No nível micro está incluído a prática médica individual e os fatores próprios do paciente. Para o médico é importante considerar competência, tempo e pesquisa baseadas em evidências. Para o paciente a educação para a saúde e mudança de hábitos. O nível macro é governamental com políticas de saúde e sociais. Já o nível intermediário é institucional onde encontramos os planos e seguros de saúde, associações de especialidades médicas e dos consumidores. A relação de poder passa, de alguma forma, a ser compartilhada, bem como a relação com as responsabilidades. Neste paradigma, este mecanismo pode, hipoteticamente, otimizar a adesão do paciente ao tratamento, o que traria conseqüências benéficas no maior alcance dos desfechos clínicos almejados. Em resumo, a utilização de um apoio à tomada de decisão passa por um exercício da medicina baseada nas preferências<sup>59, 60, 61, 62</sup>.

A fase de implementação constitui-se num grande desafio e exige um processo de gestão clínica, especialmente nos planos de saúde, para assegurar padrões clínicos ótimos, com aumento da eficiência, redução dos riscos para os usuários e profissionais; para prestar serviços efetivos e melhorar a qualidade da atenção à saúde.

Estratégias de implementação precisam vencer as falhas na adoção das Diretrizes através do entendimento de forças e variáveis que influenciam a prática clínica e da aplicação de métodos mais práticos e didáticos, por meio de múltiplas intervenções.

Até o momento, estratégias de implementação visando mudar o desempenho dos profissionais de saúde têm impacto variável<sup>63</sup>.

Múltiplos meios têm sido utilizados para transferir o conhecimento da pesquisa científica para a prática regular. Entre eles estão, além das Diretrizes Clínicas, a educação médica continuada, conferências, congressos, líderes de opinião, consultores acadêmicos, auditoria e retroalimentação, notícias públicas, pagamento por desempenho e sistemas de lembretes por computador. As pesquisas demonstram que a combinação de várias ações obtém melhores resultados<sup>5</sup>.

As intervenções para promover mudanças no comportamento entre os profissionais na área de saúde têm se mostrado conforme a seguir<sup>5</sup>.

### **Consistentemente efetivas**

- Visita educacional nos consultórios;
- Lembretes (manual ou por computador);
- Intervenções múltiplas (combinação de duas ou mais das seguintes ações: auditoria e retroalimentação, lembretes, processo de consenso local ou marketing);
- Encontros educacionais interativos (participação dos provedores de saúde em oficinas em que se incluam discussões ou práticas).

### **Intervenções com efetividade variável**

- Auditoria e retroalimentação;
- Uso de opinião de líderes locais (profissionais identificados por seus colegas como influentes);
- Processo de consenso local (participação dos profissionais em discussões que assegurem que a seleção do problema clínico é importante e que abordagem do problema é apropriada);
- Intervenções mediadas pelos pacientes (informações específicas cheguem até o paciente).

### **Intervenções que tem pequeno ou nenhum efeito**

- Material educacional (distribuição de recomendações para o cuidado clínico, incluindo DC, materiais audiovisuais e publicações eletrônicas);
- Encontros didáticos educacionais.

Há uma carência de estudos robustos que generalizem estratégias de promoção de guias clínicos ou outras recomendações baseadas em evidências na prática. Acompanhar e incorporar em velocidade semelhante o conhecimento das pesquisas à prática se constitui em novo desafio às pesquisas na área da saúde.

A implementação dos Guias de Conduta Clínica (*clinical practice guidelines*) se concretiza através de disseminação ativa envolvendo estratégias de comunicação e de superação das barreiras para mudança por meio do uso de técnicas administrativas e educacionais que sejam efetivas no ambiente prático. As estratégias precisam ser planejadas, levar em consideração as características multidimensionais da qualidade do cuidado e incorporar os vários níveis.

Embora estratégias para disseminar e implementar guias práticos possa promover a aquiescência com as práticas recomendadas, a efetividade varia não somente entre diferentes estratégias, mas também quando as mesmas estratégias são usadas em diferentes ocasiões<sup>5</sup>.

A estratégia utilizando visitas acadêmicas tem se mostrado efetiva para mudança da prática médica, porém são caras. Entretanto, pode trazer ganhos significativos para a saúde se o alvo são prescrições inapropriadas e se os efeitos forem duradouros<sup>5</sup>.

A estratégia de consultor visitador mostrou-se incrementalmente mais efetiva que a educação médica convencional e esta mais efetiva que nenhuma ação<sup>64</sup>.

### **Estratégia de busca por referências bibliográficas**

- Bases consultadas

Biblioteca Virtual em Saúde (LILACS, COCHRANE)

Medline

2 – Descritores utilizados

Practice Guidelines, academic detailing, outreach visitis, systematics reviews, randomized controlled trial, implementation guidelines, conduta na prática dos médicos.

## **OBJETIVOS**

O presente estudo teve por objetivo comparar a efetividade do consultor médico visitador e da mala direta na adesão de recomendação contida em Diretriz de Clínica de Assistência Pré-natal, pelos obstetras, medida através da solicitação de cultura para estreptococos do Grupo B nas gestantes atendidas.

## **MATERIAL E MÉTODO**

### **Delineamento**

É um Ensaio Clínico Randomizado controlado conduzido na prática obstétrica em Cooperativa Médica, Unimed Porto Alegre, no estado do Rio Grande do Sul, Brasil. A Empresa conta com 5.800 médicos cooperados, abrangendo 60 especialidades.

Este estudo objetiva avaliar a efetividade de consultor médico visitador e de mala direta na implementação da Diretriz Médica de Assistência Pré-natal que recomenda pesquisa do EGB em todas as gestantes entre 35 e 37 semanas de gestação em uma cooperativa médica.

Do total de 746 ginecologistas e obstetras da Cooperativa, 241 médicos foram selecionados por terem feito atendimento de parto (parto normal ou cesariana), no período de 01/04 a 30/06/08 e atenderem na área da cidade de Porto Alegre. Estes foram randomizados em 3 grupos por meio do programa do SPSS de números aleatórios e mantido o sigilo da lista de alocação.

Foram constituídos 3 grupos: dois grupos com intervenção e um grupo-controle. Um grupo com a intervenção do consultor médico visitador (CMV), composto por 76 médicos que recebeu orientação educativa face a face em seu consultório, sobre a Diretriz de Assistência Pré-natal, mais material impresso. Outro grupo de intervenção por mala direta constituído de 76 médicos que recebeu idêntico material impresso pelo correio e um grupo-controle constituído por 89 médicos, em que nada foi feito.

Os dados sobre o número de exames solicitados pelos médicos e realizados pelas pacientes foram obtidos na base de dados da Cooperativa.

Dois médicos visitantes foram treinados para realizarem as visitas e eram médicos cooperados. As visitas aos médicos do grupo consultor médico visitador foram previamente agendadas, em horários de atendimento do consultório, e foram remuneradas conforme padrão de valor pago pela Cooperativa.

Todos os médicos dos dois grupos de intervenção responderam a um questionário padronizado. Os médicos do grupo “consultor médico visitador” responderam ao questionário no início da visita, antes de receber informações sobre a Diretriz de Pré-natal.

Os médicos do grupo “mala direta” responderam ao questionário por telefone. Os telefonemas foram realizados por dois médicos cooperados, participantes de uma Comissão responsável pela Implementação de recomendações baseadas em evidências, se atendo apenas as perguntas do questionário e sem haver qualquer orientação educativa. Em estudo piloto constatou-se não retorno dos questionários com as respostas encaminhadas por mala direta, com isso modificou-se a logística para coleta de dados.

Tempo de seguimento – 3 meses a partir do recebimento do médico consultor visitador e do envio do material educativo por mala direta (julho 2008 a janeiro de 2009). As visitas e o envio por mala direta ocorreram de julho a 30/10/08.

### **Intervenções**

### **Consultor médico visitador**

A intervenção consiste em entrevista face a face com médico cooperado, realizada por consultor médico visitador treinado, para levar ao conhecimento do médico o conteúdo da Diretriz Clínica e especialmente a recomendação de cultura para EGB em todas as gestantes. A visita, com caráter educativo, foi agendada previamente e realizada no próprio consultório do médico cooperado, com duração entre 20 e 30 minutos. No início da entrevista foi assinado termo de consentimento informado e respondido um questionário padrão com seis perguntas, por escrito, sobre questões pertinentes ao tema (vide apêndice). Após, foram fornecidas informações sobre a Diretriz Médica Nacional de Assistência Pré-natal e entregue material impresso da mesma, bem como, resumo científico com pontos-chave sobre pesquisa de estreptococos do Grupo B na gestação e antibioticoterapia intraparto, quando necessária (vide apêndice), baseado nas melhores evidências científicas disponíveis.

### **Mala direta**

Os médicos do grupo “mala direta” receberam telefonema, realizado por médico participante de uma Comissão, formada por 2 médicos, chamada Projeto Compromisso, obtendo consentimento verbal. Após responderam ao questionário padronizado, por telefone, receberam material impresso da Diretriz de Assistência Pré-natal da AMB/CFM e resumo científico com pontos-chave sobre cultura para estreptococos do Grupo B na gestação e antibioticoterapia intraparto, igual ao material entregue ao grupo do consultor médico visitador. A correspondência foi enviada por meio de carta registrada, confirmando o recebimento.

### **Grupo-controle**

Os médicos do grupo-controle não receberam qualquer informação dirigida, além das informações próprias do seu meio ambiente.

### **Critérios de inclusão**

Os sujeitos da pesquisa foram todos os médicos cooperados obstetras que atendem na área da cidade de Porto Alegre e que realizaram partos nos meses de abril, maio e junho de 2008.

### **Critérios de exclusão**

Foram excluídos obstetras participantes do Comitê de Ginecologia da Cooperativa.

### **Medidas**

As variáveis medidas foram as seguintes:

a) Referentes ao médico cooperado

- Idade
- Sexo
- Ano de formatura

- Ano(s) de atuação na Cooperativa
  - Solicitação de pesquisa de estreptococos do grupo B nas gestantes atendidas
- b) Itens relacionados à Diretriz de Assistência Pré-natal da AMB, relatos de conhecimento e prática:
- Conhecimento da Diretriz da AMB/CFM sobre Assistência Pré-natal
  - Antibiótico de escolha para profilaxia do EGB
  - Número médio de solicitação de ultra-sonografias obstétricas na gestação de baixo risco

### **Amostra e análise dos dados**

Foi utilizada a amostra total de 241 obstetras com atendimento de parto no período de abril a junho de 2008.

Realizada análise estatística descritiva com: média e desvio padrão para variáveis contínuas e percentuais para variáveis categóricas.

A entrada de dados foi realizada através do programa Excel e a análise pelo programa SPSS. Será apresentada análise bivariada, teste qui-quadrado para análise de variáveis categóricas, teste t de Student para variáveis contínuas e coeficiente kappa; análise multivariada usando técnica de regressão linear múltipla e de Poisson para verificar a relação entre a proporção de gestantes testadas para EGB por médico e o tipo de intervenção (CMV x MD), controlando para potenciais fatores de confusão (idade e sexo do médico; tempo de formatura e de cooperativado). A análise foi feita por intenção de tratar, ou seja, os desfechos foram analisados como parte do grupo para os quais foram alocados inicialmente, independentemente do que ocorreu com cada um dos participantes. O avaliador foi cegado. O valor de p menor ou igual que 0,05 foi considerando estatisticamente significativo.

### **Questões éticas**

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (protocolo número 2007792).

Termo de Consentimento Informado para as visitas recebidas nos consultórios médicos e realizadas por consultores acadêmicos foi assinado por cada um dos cooperados visitados, conforme apêndice. Todos os médicos que receberam mala direta foram entrevistados por telefone e o consentimento para participação foi verbal, assim como o grupo-controle.

### **Diretriz “Assistência Pré-natal” da Associação Médica Brasileira de 2006**

A Diretriz Médica Brasileira de “Assistência Pré-natal”, de 11 de junho de 2006 recomenda que “Toda gestante deve ser submetida à coleta de material vaginal e retal para rastreamento da colonização por estreptococo do grupo B entre 35 e 37 semanas”.



## RESULTADOS

Os dados de base dos médicos que constituíram os grupos de intervenção, por consultor médico visitador (n=76) e por mala direta (n=76), e do grupo sem intervenção (n=89) foram semelhantes em idade, sexo, anos de formados e anos de cooperativados, tabela 1.

Tabela 1. Características sócio-demográficas dos obstetras antes da intervenção (n=241)

	CMV n=76	MD n=76	C n=89	P
<b>Idade, média*</b>	45,61±8,6	45,75±8,0	46,17±8,0	0,90
<b>Feminino, %</b>	75,0%	63,2%	62,9%	0,19
<b>Tempo formado, média*</b>	21,23±8,5	21,28±7,7	21,12±8,1	0,99
<b>Tempo de cooperado, média*</b>	15,57±8,1	15,79±6,6	16,31±7,2	0,80

CMV - consultor médico visitador; MD – mala direta; C – grupo-controle; \* em anos; dados são apresentados em números (percentagem), média ± desvio padrão.

Ocorreu dificuldade de agendamento com relação aos horários para entrevista com os médicos, atrasos por parte do médico que recebia a visita e remarcação da entrevista. As secretárias que agendavam as entrevistas, por ser uma ação nova na Cooperativa, tiveram dificuldade para compreender o motivo da marcação do horário e sendo necessário entrar em contato direto com o médico para explicar a estratégia de divulgação da Diretriz Clínica.

Os médicos se mostraram receptivos à orientação baseada em evidências recebidas. Muitos médicos referiram dificuldade de seguir as recomendações baseadas em evidências constante na Diretriz de Assistência Pré-natal, devido à pressão e/ou exigência dos pacientes para utilização de determinadas tecnologias de saúde, como a solicitação de ultra-sonografia obstétrica. Segundo obstetra entrevistado: “Apesar de ir contra as Diretrizes, existe uma pressão social intensa da paciente e seus familiares para que seja pedido o ultra-som”. Alguns médicos solicitam ecocardiograma fetal, como rotina de avaliação no pré-natal.

Os dados obtidos na Base de Dados da Cooperativa com relação ao pedido de pesquisa de EGB nas gestantes atendidas, antes das intervenções, mostraram que: dos 80 médicos do sexo masculino, 18 solicitavam o exame (22,5%) e de 161 mulheres, 59 solicitavam (36,6%), obtendo-se um  $p=0,038$ . O teste de qui-quadrado com correção de Yates indica que as mulheres pediram mais exames. Porém, quando realizada regressão logística, ajustando-se para a idade, a variável sexo perde significância. Em análise multivariada, os obstetras mais velhos apresentam menor chance de apresentar o desfecho ( $p=0,003$ ,  $OR=0,94$ ,  $IC=0,91-0,98$ ).

Os dados da tabela 2 foram obtidos da Base de Dados da Cooperativa.

**Tabela 2 – Características dos obstetras que solicitam ou não cultura para EGB nas gestantes atendidas, antes da intervenção (n=241)**

	Solicita pesquisa EGB	Não solicita pesquisa EGB	p
Idade	43,3 ±6,9	47,3 ±8,4	< 0,001
Tempo de formado	18,8 ±7,9	22,4 ±8,1	< 0,015
Tempo de cooperativado	14,1 ±7,1	16,8 ±7,3	< 0,007

Média e desvio padrão; teste t de Student para amostras independentes.

Na resposta ao questionário padrão às intervenções do CMV e MD (**tabela 3**) observa-se que há diferença significativa com relação ao relato de conhecimento sobre a Diretriz de Assistência Pré-natal Nacional entre o grupo CMV e MD, 40,8% x 21,1%, ( $p=0,008$ ). Dos que referem conhecer a Diretriz Médica de Assistência Pré-natal (51%) e dos que não a conhecem (33%) temos um  $p=0,078$  (limítrofe) para solicitação de EGB em gestantes.

Os mais jovens, com idade menor de 46 anos, considerando a média de idade da amostra, referiram conhecer mais a Diretriz (37,5%) que os de idade = 46 anos (21,7%),  $p=0,049$ .

Conforme informação obtida das respostas ao questionário, a utilização do cartão de gestante da Unimed Porto Alegre, no acompanhamento de pré-natal, ocorreu em 50,7% ( $n=77$ ) do total dos grupos com intervenção (CMV e MD). Este documento foi desenvolvido segundo recomendações preconizadas na Diretriz Nacional, constando espaço para preenchimento do resultado do exame de EGB e já vinha sendo utilizado, pelos médicos da Cooperativa, há vários meses antes do estudo. Vinte e quatro médicos referiram utilizar cartão de gestante próprio, seis não utilizavam qualquer cartão e os demais desconheciam a existência do cartão de gestante da Cooperativa. O uso do cartão de gestante não leva a diferença na solicitação do exame EGB ( $p=0,105$ ).

Os obstetras dos grupos com intervenção relatam solicitar pesquisa de EGB em 78,3%. Os médicos que relatam solicitar pesquisa para EGB nas gestantes a solicitam em 86,7%, no período adequado, ou seja, entre 35 e 37 semanas, conforme rotina de rastreamento recomendado na Diretriz Nacional da AMB.

Na avaliação de base dos 241 obstetras, comparando os dados obtidos através de entrevista e da checagem na base de dados da Cooperativa, encontramos que 77 obstetras relataram solicitar a pesquisa de EGB e efetivamente a solicitaram (31,9%) e 45 disseram não fazer a solicitação e não faziam (18,6%). Cento e dezenove médicos disseram solicitar e não solicitaram o exame (49,3%). O coeficiente kappa de concordância para o pedido da cultura para EGB pelos obstetras foi fraco de 0,19 ( $p < 0,001$ ). O valor preditivo negativo foi de 100% quando o médico relata não solicitar o exame e valor preditivo positivo de 39% quando relata solicitar.

**Tabela 3. Prática relatada e conhecimento sobre conteúdo da Diretriz de Assistência Pré-natal da AMB nos grupos com intervenção (N= 152)**

	<b>CMV n=76</b>	<b>MD n=76</b>	<b>C n=89</b>	<b>p</b>
<b>Conhece a Diretriz Assistência pré-natal</b>	31 (40,8)	16 (21,1)	36 (40,4)	0,012
<b>Utiliza cartão de gestante da Cooperativa</b>	44 (57,9)	33 (43,4)	44 (49,4)	0,200
<b>Solicita Pesquisa Estreptococos grupo B em vagina e ânus, na gestação</b>	63 (82,9)	56 (73,7)	77 (86,5)	0,099
<b>Solicita Pesquisa Estreptococos grupo B entre 35 e 37 semanas de gestação</b>	56 (87,5)	48 (85,7)	72 (93,5)	0,301
<b>Penicilina como 1ª escolha para tratar estreptococos do grupo B positivo, no parto</b>	43 (68,3)	30 (54,5)	52 (66,7)	0,240
<b>Nº de ultra-sonografia relatada em gestação de baixo risco, média</b>	4,3	4,0	4,1	0,145
<b>Nº de ultra-sonografia solicitada nas gestantes, mediana*</b>	3,8 (2 a 6)	4,4 (3 a 5,9)	5,4 (3,5 a 7,4)	0,456

Os dados são apresentados como número (percentagem); CMV – consultor médico visitador; MD – mala direta; C – grupo-controle; \* mediana (p 25 a p75) – teste de Kruskal-Wallis

A penicilina, no relato, constitui o antibiótico de primeira escolha de 62,4 % dos médicos para tratar a contaminação por estreptococos do grupo B durante o trabalho de parto.

O número de ultra-sonografias efetivamente realizadas pelas gestantes com parto atendidos pelos médicos analisados foi o total de 4257 (908/4257), o que corresponde a média de 4,7 ultra-sonografias por gestante. Não houve diferença significativa, entre os grupos do consultor médico visitador e mala direta, na efetiva realização de ultra-sonografias pelas gestantes, sem avaliar o grau de risco da gestação, p=0,201.

Informações extraídas da base de dados da Cooperativa, o número de médicos que solicitam exames de pesquisa de EGB, antes e depois das intervenções, como observado na tabela 4, houve uma diferença no delta, porém, não estatisticamente significativa p=0,41.

O estudo foi realizado com intenção de tratar: pós-intervenção somente 58 dos 76 obstetras do grupo CMV realizaram partos no período de 3 meses analisados, no grupo da MD 67, de 76 obstetras, e no grupo-controle 78, de 89 obstetras.

A comparação entre as médias do delta (antes e depois das intervenções) da proporção número de exames realizados nas gestantes com parto/partos realizados foi de  $0,06 \pm 0,39$  de desvio padrão para o grupo CMV;  $0,02 \pm 0,19$  para o grupo da MD e  $-0,03 \pm 0,40$  para o grupo sem intervenção, com p=0,303.

No grupo consultor, de 58 médicos houve 15 (25,9%) que não solicitaram exames antes das intervenções e passaram a solicitar depois. Destes 58 médicos, 9 (15,5%) solicitavam e não solicitavam depois. Não houve diferença na conduta antes e depois -  $p=0,307$  de McNemar.

No grupo da mala direta, de 67 médicos houve 7 (10,4%) que não solicitavam exames e passaram a solicitar. Destes 67 médicos, 5 (7,5%) solicitavam antes e passaram a não solicitar depois, sem diferença na conduta ( $p=0,774$ ).

No grupo sem intervenção, de 78 médicos houve 13 (16,7%) que não solicitavam exames e passaram a solicitar e 12 (15,4%) que solicitavam passaram a não solicitar depois, sem diferença na conduta ( $p=1,00$ ).

Considerando variável categórica o aumento ou não da solicitação do exame EGB encontramos uma diferença de 15 pontos percentuais entre o grupo consultor 20/58 (34,5%) e mala direta 13/67 (19,4%), teste de qui-quadrado com  $p=0,148$ .

Considerando a solicitação em toda amostra de obstetras ( $n=241$ ), a proporção de gestantes testadas para EGB e que tiveram partos atendidos pelos mesmos, por cesariana ou parto normal, passou de 18,3% antes da intervenção (166/908) para 19% após (161/849).

No período do estudo, do total de 1757 partos realizados, 284 foram partos via vaginal, correspondendo ao percentual de cesariana 83,3% versus 16,7% de parto normal. Das pacientes com parto por via vaginal 59 foram testadas para EGB, representando 20,8% de gestantes avaliadas para a presença da bactéria na vagina e ânus.

Na avaliação de base, antes das intervenções, foram realizados 908 partos. Durante o estudo ocorreram 849 partos, ou seja, vários obstetras da amostra não realizaram atendimentos de parto no período.

A taxa de testagem para EGB das gestantes com parto, independente da via de nascimento, tabela 4, após intervenção foi estatisticamente significativa com  $p=0,023$ .

**Tabela 4- Efeito das intervenções na solicitação e realização de cultura para estreptococos do Grupo B em gestantes**

	<b>CMV n=76</b>	<b>MD n=76</b>	<b>Controle n=89</b>	<b>p</b>
<b>Médicos</b>				
Número de solicitantes – cultura EGB* pré intervenção	24 (31,6)	20 (26,3)	33 (37,1)	0,33
Número de solicitantes - cultura EGB pós intervenção	28 (36,8)	21 (27,6)	32 (36,0)	0,41
Diferença Delta	5,2	1,3	-1,0	
<b>Gestantes</b>				
Proporção das gestantes testadas pré intervenção**	38/240 (15,8)	59/346 (17,0)	69/322 (21,4)	0,178
Proporção das gestantes pós intervenção**	52/205 (25,4)	45/283 (15,9)	64/361 (17,7)	0,023

Os dados são apresentados como número (percentagem); \*EGB- estreptococos do grupo B; \*\*número de gestantes com parto pesquisadas para estreptococos do Grupo B dividido pelo número de gestantes com parto no período analisado.

No ano de 2008, o total de obstetras analisados (n=241) realizou 3.217 procedimentos de assistência ao parto. Destes, 2706 foram cesáreas (84,1%) e 512 partos normais (15,9%).

Após intervenção verifica-se que, mesmo após ajuste pela regressão múltipla de Poisson, considerando sexo e idade, o sexo feminino (p=0,008) e os médicos com idade menor de 46 anos (média de idade da amostra) solicitam mais exames de cultura para EGB (p=0,05).

**Tabela 5 – Associação entre solicitação da cultura para EGB em gestantes e sexo, idade e grupos de intervenção dos médicos obstetras**

**Solicitação EGB**

	Total	n (%)	p	RP bruta	RP ajustada
<b>Sexo</b>					
Masculino	67	16 (23,9)		1	1
Feminino	136	65 (47,8)	0,01	2,00 (1,26-3,18)	1,85 (1,16- 2,94)
<b>Idade</b>					
< 46 anos	109	52 (47,7)	0,05	1	1
= 46 anos	94	29 (30,9)		0,65 (0,45-0,93)	0,705 (0,49-1,00)
<b>Grupos</b>					
1	58	28 (48,3)	-	1	1
2	67	21 (31,3)	0,48	0,85 (0,48-1,24)	0,88 (0,61- 1,26)
3	78	32 (41,0)	0,06	0,65 (0,42-1,01)	0,89 (0,43- 1,02)

EGB – Estreptococos do grupo B; grupo 1 – consultor médico visitador; 2 – mala direta; 3 – grupo-controle.

As mulheres tiveram 1,85 vezes mais chances de solicitar o exame, quando comparadas com os homens.

## DISCUSSÃO

O uso de visitas realizadas por consultor acadêmico está bem estabelecido com relação à prescrição médica, mas cresce o interesse na utilidade da estratégia em modificar o comportamento profissional em outras áreas<sup>10</sup>. Há uma variabilidade nos resultados de acordo com as intervenções realizadas, com o contexto dos estudos, número de visitas realizadas, tipo de visitador e, ainda, o efeito pode aumentar ou diminuir com o tempo<sup>65</sup>.

Apesar da existência de grande volume de conhecimento já avaliado criticamente e sistematizado, a adoção na prática diária de Diretrizes Clínicas ocorre de maneira muito lenta e variável<sup>65</sup>. Pode levar em média 17 anos para tornar 14% das descobertas das pesquisas originais em mudanças no cuidado em benefício dos pacientes<sup>46</sup>.

A estratégia mais utilizada para implementação das Diretrizes Clínicas, a educação médica continuada tradicional, tem demonstrado fraca influência na mudança das práticas<sup>56</sup>. A superação das barreiras encontradas para utilização do conhecimento contido nas Diretrizes Clínicas envolve certamente ações mais diretas do que a já consolidada e amplamente empregada educação continuada tradicional<sup>16</sup>.

A utilização da estratégia educacional baseada em visitas realizadas por consultor acadêmico pode representar uma alternativa para alcançar mudanças mais rápidas e efetivas na prática clínica. Na assistência secundária, como a prestada pelos planos de saúde, a comunicação é mais difícil seja pessoalmente, por ser pulverizada, ou por não haver uma comunicação sistemática via computador, não há ainda, por exemplo, como receber lembretes, como ocorre

com os médicos que trabalham em hospitais. Como o estudo mostrou valor preditivo negativo de 100% quando o médico relata não solicitar o exame, pode ser empregada como estratégia a pesquisa por telefone, objetivando avaliar o conhecimento prévio sobre o assunto e, então, desenvolver apoio com estratégias educativas específicas para o grupo.

No Brasil não há estudo de ensaio clínico avaliando a implementação de Diretrizes Clínicas na prática médica através de consultor médico visitador.

Até o momento, estratégias de implementação visando mudar o desempenho dos profissionais de saúde têm alcançado impactos variáveis<sup>63</sup>, tornando importante acumular experiência na implementação de Diretrizes Médicas.

A estratégia de implementação das Diretrizes Clínicas através da intervenção com visitas realizadas por consultor acadêmico, em nível ambulatorial, conta com um construto teórico bem estabelecido para mudar o comportamento médico<sup>9</sup>. Por meio de comunicação persuasiva e alterando a cognição através de feedback personalizado e reforços o consultor acadêmico, em estudo para o rastreamento do câncer de mama, demonstrou mudar a atitude médica e confiança<sup>9</sup>. Tradicionalmente empregada por companhias farmacêuticas para divulgar informações técnicas sobre drogas e aumentar a prescrição entre os médicos, o consultor acadêmico tem se mostrado efetivo em muitos estudos em que tem sido avaliado<sup>10, 12</sup>, sendo incrementalmente mais efetiva que a educação médica convencional e esta mais efetiva que nenhuma ação<sup>66</sup>.

O presente estudo com estratégia educativa, através de consultor médico visitador, não se mostrou efetivo na mudança da prática dos obstetras, de forma significativa, com relação ao aumento do número de obstetras que fazem rastreamento de estreptococos do grupo B nas gestantes, mas obteve uma magnitude de efeito significativa para as pacientes ( $p=0,023$ ), com mais gestantes sendo testadas para a bactéria. O fato é de que o obstetra que recebeu a orientação, por meio de visita face a face, mudou a solicitação.

Podemos considerar vários aspectos para obtenção deste resultado e são analisados a seguir. Com relação aos obstetras observamos que 18 (23,68%) dos participantes do grupo do CMV, 9 do grupo MD e 11 do grupo-controle, não realizaram partos nos 3 meses pós-intervenção, portanto, não foi possível avaliar a resposta à intervenção e com isso há uma redução do poder do estudo.

É necessário avaliar algumas barreiras para não adesão às recomendações da Diretriz de Assistência Pré-natal e a mudança significativa do comportamento médico.

A prática clínica tem demonstrado que vai além das evidências científicas e sofre influência das circunstâncias do atendimento e das escolhas dos pacientes, fatores estes que representam barreiras a mudanças. Entre as barreiras a serem vencidas estão as relacionadas aos médicos por: falta de conhecimento ou familiaridade com as Diretrizes Clínicas, suas atitudes (falta de conformidade, auto-eficiência, expectativa de desfecho ou inércia da prática prévia) e seus comportamentos decorrente de barreiras externas, fatores ambientais e fatores próprios das Diretrizes.

Segundo revisão sistemática<sup>41</sup>, os médicos não adotam as recomendações contidas nas Diretrizes por:

1. Falta de conhecimento com relação às Diretrizes Clínicas, ocorrendo uma mediana de 54,5%;
2. Falta de familiaridade com as recomendações das Diretrizes, ocorrendo em média de 60%;
3. Falta de conformidade, em pelo menos 10% discordam da interpretação das evidências e acreditam que os benefícios não valem a pena para os pacientes com risco, pelo desconforto, custo ou dificuldade na aplicabilidade prática;
4. Ser a Diretriz: muito simplificada, com abordagem tipo livro de receitas, que reduz a autonomia; percepção de vieses nas mesmas e falta de credibilidade dos autores das Diretrizes Clínicas, ocorrendo em 62%.

O grupo Cochrane considera ainda a existência de outras barreiras: expectativas dos pacientes, falta de incentivos financeiros e limitações administrativas.

Fazendo uma análise do estudo encontramos relato de desconhecimento sobre a Diretriz em média de 65,6% dos obstetras (n=241), valor superior ao encontrado nesta revisão sistemática. Há relato de maior conhecimento da Diretriz no grupo CMV (40,8%) em relação ao MD (21,1%). A referência de conhecimento da Diretriz de Assistência Pré-natal pelos obstetras entrevistados não foi significativa, mas obteve um p limítrofe para solicitação do exame EGB, ou seja, os que disseram conhecer a Diretriz tendem a solicitar mais o exame em questão. Pondera-se, entretanto, um viés de confusão já que esta informação pode ser resultado do tipo de entrevista face a face, o que pode inibir uma resposta sobre desconhecimento da Diretriz, o que pode não ocorrer com a entrevista por telefone.

Já, a referência de uso do cartão de gestante, onde consta impresso o nome do exame, tempo da gestação em que deve solicitá-lo e espaço para o resultado, não levou a diferença na solicitação. Vários médicos referiram utilizar um cartão próprio, personalizado, para registrar a evolução da gestação das pacientes atendidas.

Outras barreiras podem ter constituído razão para a não adesão, de forma significativa, à recomendação de pesquisa do EGB, neste estudo, como: a taxa de cesarianas é muito alta (83,3%), o que favorece não considerar uma medida importante, apesar do risco de infecção no neonato persistir se houver trabalho de parto prévio ou bolsa rota. Entretanto, a cesariana se apresentou como uma característica comum na amostra e a orientação não teve como finalidade estimular o parto normal e, ao final, mais gestantes foram rastreadas, o que significa que os obstetras passaram a solicitar mais o exame. No Brasil a taxa de cesariana nos planos de saúde, na assistência suplementar, é de 80%, segundo informações do Ministério da Saúde do Brasil, portal da saúde.

Houve uma única visita educacional, com possível dificuldade de vencer a inércia da prática prévia; não reconhecimento da Cooperativa como provedor de conhecimento; não há vigilância epidemiológica no Brasil para este tipo de infecção, o obstetra não acompanha o desfecho da infecção por EGB no recém nascido e, ainda, não há codificação específica para solicitação do exame no rol de procedimentos das operadoras de planos de saúde. Enfim, há uma



complexidade de fatores que influenciam a tomada de decisão e que levam a uma limitação na análise.

Na prática clínica, após o período de formação, os médicos encontram dificuldade para selecionar, entre a vasta quantidade de dados existentes, quais informações são mais relevantes, úteis e válidas e quais podem ser descartadas, assim como, dispõem de pouco tempo para dispensar à pesquisa e atualização. Fazendo uma análise do estudo sob este prisma, ela mostra que os médicos mais velhos têm menor chance de solicitar a pesquisa de estreptococos grupo B. A última Diretriz sobre Assistência Pré-natal é de junho de 2006, conta, portanto, com 2 anos de existência.

Constata-se, ainda, uma solicitação irregular entre os que solicitam o exame de EGB, que pode decorrer de recomendação da Diretriz de Assistência Pré-natal de 2001, onde era preconizada a pesquisa de EGB em pacientes com fatores de risco para infecção. A educação de todos os participantes do sistema de saúde é um investimento absolutamente crítico para a busca da eficiência e um dos principais geradores de ganho de saúde e bem estar no longo prazo. O médico decide em nome do paciente e assume, assim, papel de maior relevância, especialmente quanto menos educado for o usuário do sistema.

A experiência relatada de infecção por estreptococos em recém nascidos, vivenciada por dois obstetras, levou-os a indicar sistematicamente a pesquisa para EGB.

A Diretriz Médica de Assistência Pré-natal refere que a realização de ultra-sonografia de rotina no primeiro trimestre não reduz a mortalidade perinatal<sup>67</sup> e que na segunda metade da gravidez, em gestações de baixo risco ou como rastreamento universal, não confere benefício à mãe ou ao recém-nascido. Os médicos cooperados relataram, durante a entrevista, solicitar em media 4 ultra-sonografias por gestação de baixo risco. Alguns referiram pedir este tipo de exame com maior frequência por exigência das pacientes ou de familiares, o que fala a favor de responder as expectativas e, mesmo, exigências dos mesmos. Deve-se considerar que o conhecimento e atitudes apropriadas são necessários, mas em algumas situações não são suficientes para a aderência. A necessidade da incorporação das preferências dos pacientes nas tomadas de decisão é uma realidade da assistência médica contemporânea, que caracteriza a medicina baseada em preferências. Hoje o paciente já passa a ser reconhecido como um co-produtor de cuidados em saúde e suas decisões e comportamento influenciam a provisão e os resultados. O envolvimento do paciente na tomada de decisão pode resultar em melhores processos e resultado dos cuidados em saúde e necessita, ainda, de maior avaliação e análise. O futuro da ciência engloba o desenvolvimento dos suportes de decisão e neste caso também para o paciente, devendo-se estimar seu impacto potencial e real para a assistência médica. Existem vários hiatos nas pesquisas e eles contribuem para limitações na análise dos resultados tendo em vista um vasto conjunto de determinantes na lógica da incorporação de tecnologias na área da saúde.

A avaliação das possíveis barreiras na implementação desta Diretriz Médica é passo fundamental para buscar superá-las. A implementação da Diretriz deve amarrar múltiplas pontas existentes, com ações coordenadas e dentro de uma visão global do processo de atendimento médico e da sociedade. Há incerteza quanto ao grau de importância das barreiras ao nível do indivíduo e daquelas no âmbito institucional<sup>49</sup>.

A estratégia do estudo inova, na implementação da Diretriz Clínica, ao utilizar médico como consultor acadêmico e o mesmo ir ao consultório do seu par, em visita. A prática de reconhecer a importância do conhecimento atualizado para alcançar excelência em qualidade da assistência na Cooperativa Médica, considerando que um dos principais geradores de ganho de saúde e bem estar no longo prazo é a ampla educação dos participantes do sistema de saúde, e remunerar o horário dispensado pelo médico visitado representa um diferencial favorável. Segundo revisão sobre mudança do comportamento do médico, da Agência de Pesquisa e Qualidade em saúde, os fatores que mais desencorajam o uso de consultores acadêmicos são: o tempo gasto do consultório para fazer a educação médica continuada, ter de programar horário do consultório para receber o consultor e ser realizada por não médico<sup>68</sup>. Essas barreiras são superadas no estudo atual.

A implementação de Diretrizes Médicas constitui-se num grande desafio e exige um processo de gestão clínica, especialmente nos planos de saúde, para assegurar padrões clínicos ótimos, com aumento da eficiência, redução dos riscos para os usuários e profissionais; para prestar serviços efetivos e melhorar a qualidade da atenção à saúde. Assim, buscar fórmulas mais eficazes para promover a aplicação de intervenções baseadas em evidências deve ser uma prioridade aos investigadores, aos profissionais de saúde e aos formuladores de políticas de saúde.

### **Limitações do estudo**

No período de 3 meses do estudo grande parte de obstetras da amostra não realizaram atendimento de parto o que fez reduzir o poder do estudo, não sendo possível analisar a resposta à intervenção.

Com o número de médicos do estudo temos um poder de 48% para detectar uma diferença no percentual de aumento de requisição de 15 pontos percentuais entre o grupo consultor visitador e mala direta. Para que estes percentuais fossem diferentes seriam necessários 148 médicos em cada grupo.

Há elevada prevalência de cesariana, característica comum da amostra. A decisão pela realização de cesariana, decidida a priori pelo médico e paciente, pode reduzir a eficácia da intervenção, objeto do estudo.

### **Conclusões:**

Na implementação de Diretriz de Assistência Pré-natal, o consultor médico visitador foi efetivo para aumentar a quantidade de gestantes rastreadas para estreptococos do Grupo B, assegurando a qualidade assistencial.

### **Referências**

1. Majumdar SR, McAlister FA, Furberg CD. From knowledge to practice in chronic cardiovascular disease: a long and winding road. *J Am Coll Cardiol* 2004; 43: 1738–1742.
2. Hayward RSA. Clinical practice guidelines on trial. *CMAJ*. 1997;156:1725-1727.

3. Audet AM, Greenfield S, Field M. Medical practice guidelines: current activities and future directions. *Ann Intern Med.* 1990;30:709-714.
4. Chassin MR. Practice guidelines: best hope for quality improvement in the 1990s. *J Occup Med.* 1990;32:1199-1206.
5. Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, Fraser C, Ramsay CR, Vale L, Whitty P, Eccles MP, Matowe L, Shirran E, Wensing M, Dijkstra R, Donaldson. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess.* 2004 Feb;8(6):iii-iv, 1-72.
6. Oxman AD, Thomson MA, Davis DA, Haynes RB. No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to help health care professionals deliver services more effectively or efficiently. *Can Med Assoc J.* 1995;153:1423–1431.
7. Bero AL, Grilli R, Grimshaw JM, Thomson MA. Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. *BMJ.* 1998 August 15;317(7156):465–468.
8. Honda K, Sheinfeld Gorin S. A model of stage of change to recommend colonoscopy among urban primary care physicians. *Health Psychol* 2006; 25: 65-73.
9. Gorin SS, Ashford AR, Lantigua R et al. Academic detailing - Effectiveness of Academic Detailing on Breast Cancer Screening among Primary Care Physicians in an Underserved Community. *J Am Board Fam Med.* 2006 Mar-Apr;19(2):110-21.
10. O'Brien MA, Rogers S, Jamtvedt G, Oxman AD, Odgaard-Jensen J, Kristoffersen DT, Forsetlund L, Bainbridge D, Freemantle N, Davis D, Haynes RB, Harvey E. Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 1.
11. Ciapponi A, García Martí S. Do educational outreach visits improve health professional practice and patient outcomes? August 2008 – SUPPORT Summary of a systematic review.
12. Naughton C, Feely J, Bennett K. A clustered randomized trial of the effects of feedback using academic detailing compared to postal bulletin on prescribing of preventative cardiovascular therapy. *Family Practice Advance Access* published August 1, 2007.
13. Associação Médica Brasileira. Projeto Diretrizes. Assistência pré-natal [homepage na internet]. São Paulo; 2006. Disponível em: **Error! Hyperlink reference not valid.**
14. Centers for Disease Control and Prevention. Laboratory practices for prenatal group B streptococcal screening: 2003. *Morb Mortal Wkly Rep.* 2004;53:506-9.
15. Scharg SJ, Zell ER, Lynfield R, Roome A, Arnold KE, Craig AS, et al. A population-based comparison of strategies to prevent early-onset group B streptococcal disease in neonates. *N Engl J Med.* 2002;347(4):233-9.
16. Quinlan JD, Hill DA, Maxwell BD, Boone S, Hoover F, Lense JJ. The necessity of both anorectal and vaginal cultures for group B streptococcus screening during pregnancy. *J Fam Pract* 2000; 49:447-8.
17. Mercola J. Group B streptococcus. *Midwifery Today E-News.* 2001 Sep. 12;3(37).
18. Beal S, Dancer S. Antenatal prevention of neonatal group B streptococcal infection. *Rev Gynaecol Perinatal Practice.* 2006;6:218–225.
19. Mohle-Boetani JC, Schuchat A, Plikaytis BD, Smith JD, Broome CV. Comparison of prevention strategies for neonatal group B streptococcal infection. A population-based economic analysis. *JAMA.* 1993;270(12):1442-8.
20. Schrag S, Gorwitz R, Fultz-Butts K, Schuchat A. Prevention of perinatal group B streptococcal disease. Revised guidelines from CDC. *MMWR Recomm Rep.*

- 2002;51(RR-11):1-22.
21. Beraldo C, Brito ASJ, Saridakis HO, Matsuo T. Prevalência de colonização vaginal e anorretal por estreptococo do grupo B em gestantes de terceiro trimestre. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2004;26(7):543-9
  22. Pogere A, Zoccoli CM, Tobouti NR, Freitas PF, D'Acampora AJ, Zunino JN. Prevalência de colonização pelo estreptococo do grupo B em gestantes atendidas no ambulatório de pré-natal. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2005;27(4):172-8.
  23. Maurício CJ, Bedendo J, Cardoso RF, Pádua RAF, Campanerut PAZ, Carvalho MB, Peloso SM. Prevalência de Streptococcus do grupo B em gestantes. *Femina.* 2008; 36(5): 319-23.
  24. Miura E, Martin MC. Group B streptococcal neonatal infections in Rio Grande do Sul, Brazil. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo.* 2001;43(5):243-6.
  25. Calil R, Millen FC, Souza SN, Andrade EAPP, Veiga JFFS, Marba STM. Doença por Streptococcus do Grupo B: Casuística da Unidade Neonatal do CAISM / UNICAMP - 1995 a 2000. In: VIII Congresso Brasileiro de Controle de Infecção e Epidemiologia Hospitalar, 2002, Curitiba, 2002.
  26. Chen KT, Puopolo KM, Eichenwald EC, Onderdonk AB, Lieberman E. No increase in rates of early-onset neonatal sepsis by antibiotic-resistant group B Streptococcus in the era of intrapartum antibiotic prophylaxis. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;192(4):1167-71.
  27. Kenyon S, Blocklehurst P, Blackburn A, Taylor DJ. Antenatal screening and intrapartum management of Group B streptococcus in the UK. *BJOG.* 2004;111(3):226-30.
  28. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pré-natal e Puerpério - Atenção Qualificada e Humanizada - Manual Técnico. 3ª. Ed. Brasília: Editora MS, 2006.
  29. Castellano Filho DS, Tibiriçá SHC, Diniz CG. Doença Perinatal associada aos estreptococos do Grupo B: aspectos clínico-microbiológicos e prevenção. *HU Revista.* 2008;34(2):127-134.
  30. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde 2004. Januário Montone, Antonio Joaquim Werneck de Castro.
  31. Conill EM, Ugá MAD. A saúde suplementar no Brasil: dinâmica, práticas e tendências. *Ciênc. saúde coletiva* vol.13 no.5 Rio de Janeiro Sept./Oct. 2008.
  32. Carvalho EB, Cecílio LCO. A regulamentação do setor de saúde suplementar no Brasil: a reconstrução de uma história de disputas. *Caderno de saúde pública:*23(9):2167-2177, set. 2007.
  33. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Acesso: <http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao.asp>.
  34. Andrade M, Lisboa M. A economia de saúde no Brasil. In: Lisboa M, Menezes Filho, M.ª (orgs). *Microeconomia e sociedade no Brasil.* Rio de Janeiro: Contra Capa, p. 285-332, 2001.
  35. Maia AC, Andrade MV, Oliveira AMH. *O risco moral no sistema de saúde suplementar brasileiro.* CEDEPLAR-UFMG 1998, PNAD.
  36. Gama MV. Um estudo sobre a evolução da indústria de medicina suplementar no Brasil.. Dissertação de mestrado Faculdade de Economia e Finanças Ibmec, 6/12/2006.
  37. Wanick ATS. Risco Moral, Seleção Adversa e Regulação no Mercado de Saúde Suplementar. Dissertação de Mestrado – Instituto de Economia da Universidade Federal

- do Rio de Janeiro, 2002.
38. Merhy EE. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde – uma discussão modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In Reis AT, Santos AF, Campos CR, Malta DC, Merhy EE. (Orgs.) Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998.
  39. Donabedian A. *The epidemiology of Quality*. Inquiry, v.22 n.3: 282-292, 1985.
  40. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach. Improving Primary Care for patients with chronic illness. JAMA 2002; 288:1755-1799.
  41. Grimshaw JM, Russel IT. Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluation. Lancet 1993; 342:1317-1322.
  42. Krauss-Silva L. Avaliação tecnológica em saúde: questões metodológicas e operacionais. Cad. Saúde Pública vol.20 suppl. 2 Rio de Janeiro 2004.
  43. Associação Médica Brasileira. Projeto Diretrizes. [homepage na internet]. <http://www.projetodiretrizes.org.br>.
  44. Sackett DL, Haynes BR, Guyatt G, Tugwell P. Clinical epidemiology, a basic science for clinical medicine. 2<sup>nd</sup> ed. Boston, Little Brown, 1991; 441.
  45. Sackett DL, Rosenberg WMC. The need evidence-based medicine *JR Soc Med* 1995; 88: 620-4.
  46. Balas EA, Boren SA. *Yearbook of Medical Informatics: Managing Clinical Knowledge for Health Care Improvement*. Stuttgart, Germany: Schattauer Verlagsgesellschaft mbH; 2000.
  47. Institute of Medicine (U.S.); Committee on Clinical Practice Guidelines; Field MJ, Lohr KN (editors). *Guidelines for Clinical Practice: From Development to Use*. Washington, DC: National Academy Press, 1992, 426p.
  48. Portela MC, Lima SML Ferreira VMB, Escosteguy CC, Brito C, Vasconcellos MTL. Diretrizes clínicas e outras práticas voltadas para a melhoria da qualidade assistencial em operadoras de planos de saúde sob a perspectiva dos seus dirigentes, no Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(2):253-266, fev, 2008.
  49. Portela MC. Diretrizes clínicas como instrumento de melhoria da qualidade da assistência suplementar: o papel da agência nacional de saúde. Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar. 2003 - ans.gov.br.
  50. Quinto Neto A, Gastal FL. Acreditação hospitalar: proteção dos usuários dos profissionais e das instituições de saúde. Ed. Dacasa, Porto Alegre, 1997.
  51. United States General Accounting Office (US GAO). *Practice Guidelines: Managed Care Plans Customize Guidelines to Meet Local Interests*. Washington, DC: United States General Accounting Office, Health, Education, and Human Services Division, 1996, 16p. (GAO/HEHS-96-95).
  52. Portela MC, Lima SML, Vasconcellos MTL, Escosteguy CC, Ferreira VMB, Vasconcellos MM, Brito C. Fatores associados ao uso de diretrizes clínicas em operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços hospitalares no campo da Saúde Suplementar no Brasil. Ciênc. Saúde Coletiva vol.13 no.5 Rio de Janeiro Sept./Oct. 2008.
  53. Greco PJ, Eisenberg JM. Changing physicians' practices. N Engl J Md 1994; 17: 1271-3.
  54. Mandelblatt JS, Yabroff KR. Effectiveness of interventions designed to increase mammography use: a meta-analysis of provider-targeted strategies. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 1999; 8: 759-67.

55. Legler J, Meissner HI, Coyne C, Breen N, Chollette V, Rimer BK. The effectiveness of interventions to promote mammography among women with historically lower rates of screening. *Cancer Epidemiol Biomark Prev* 2002; 11: 59-71.
56. Davis DA, Taylor-Vaisey A. Translating guidelines into practice. A systematic review of theoretic concepts, *practical* experience and research evidence in *the* adoption of clinical practice guidelines. *CMAJ* 1997;157:408-16.
57. Eisenberg JM 2001. What does evidence mean? Can the law and medicine be reconciled? *Health Affairs* 20(5): 369-381.
58. Rosoff AJ. Evidence-based medicine and the law: the courts confront clinical practice guidelines. *Journal of Health Politics Policy and Law*. 2001;26(2):327-368.
59. Grol R. Personal paper: Beliefs and evidence in changing clinical practice. *BMJ* 1997;315:418-421.
60. Légaré F, Stewart M, Frosch D, Grimshaw J, Labrecque M, Magnan M, Ouimet M, Rousseau M, Stacey D, van der Weijden T, Elwyn G. EXACKTE<sup>2</sup>: Exploiting the clinical consultation as a knowledge transfer and exchange environment: a study protocol. *Implementation Science* 2009, 4:14 (13 March 2009).
61. Dobbins M, Robeson P, Ciliska D, Hanna S, Cameron R, O'Mara L, DeCorby K, Mercer S. A description of a knowledge broker role implemented as part of a randomized controlled trial evaluating three knowledge translation strategies. *Implementation Science* 2009, 4:23 (27 April 2009).
62. McWilliam CL, Kothari A, Ward-Griffin C, Forbes D, Leipert B, South West Community. Evolving the theory and praxis of knowledge translation through social interaction: a social phenomenological study. *Implementation Science* 2009,4:26(14May2009).
63. Shaw B, Cheater F, Baker R, Gillies C, Hearn H, Flottorp S, Robertson N. Tailored interventions to overcome identified barriers to change: effects on professional practice and health care outcomes (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2007.
64. Bernal-Delgado E, Galeote-Mayor M, Pradas-Arnal F, Peiró-Moreno S. Evidence based educational outreach visits: effects on prescriptions of non-steroidal anti-inflammatory drugs. *J Epidemiol Community Health* 2002;56:653-658.
65. Alkhateeb FM, Khanfar NM, Clauson KA. Characteristics of physicians who frequently see pharmaceutical sales representatives. *J Hosp Mark Public Relations*. 2009 Jan-Jun;19(1):2-14.
66. Bernal-Delgado E, Galeote-Mayor M, Pradas-Arnal F, Peiró-Moreno S. Evidence based educational outreach visits: effects on prescriptions of non-steroidal anti-inflammatory drugs. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2002;56:653-658.
67. Neilson JP. Ultrasound for fetal assessment in early pregnancy (Cochrane Review). In: The Cochrane Library. Issue 1. Oxford: Update Software;2006.
68. Landry MD, Sibbald WJ. Changing physician behavior: a review of patient safety in critical care medicine. *J Crit Care*. 2002 Jun;17(2):138-45.

## Considerações

O estudo gera dois artigos um ensaio clínico, que é apresentado nesta dissertação, e um sobre prevalência de cultura de EGB em gestantes na Cooperativa médica.

Até o momento a responsabilidade da atualização do conhecimento é do médico

individualmente. Porém a velocidade do crescimento das pesquisas científicas e a necessidade do discernimento crítico das mesmas, além da sua adaptação as circunstâncias locais e as da própria paciente, torna esta tarefa de difícil execução, demandando muito tempo. O deslocamento dessa responsabilidade também para as instituições de saúde, que possuem condições estruturais maiores, é uma necessidade. Porém, os serviços de saúde não estão capacitados para conduzir essa transferência de conhecimento das pesquisas para a prática individual e a experiência já consolidada de educação médica continuada também não cumpre os propósitos.

Um novo caminho é necessário e passa pela integração de todo sistema de saúde, mas especialmente pelo provedor de saúde que é quem tem informação sobre o processo de atendimento médico e as condições locais do fornecimento da assistência. Partilhar responsabilidades é uma forma de garantir qualidade na atenção à saúde. O provedor de saúde detém a oportunidade de intervir e esta intervenção é delicada, exige elaboração e controles contínuos de desfechos ou resultados. Há que se considerar um multinível de abordagem para mudança.

A implementação de Diretriz Clínica exige o acompanhamento por indicadores da qualidade da assistência prestada, assim como, a garantia de segurança das informações de saúde. As cooperativas médicas por constituírem entidades médicas, em que todos os médicos estão submetidos ao código de ética, são administradas por médicos, e não visam lucro, podem representar instituições adequadas para definição, adoção e acompanhamento das boas práticas em saúde.

O aprimoramento da estratégia utilizada, a identificação das Diretrizes mais favoráveis à implementação e das barreiras às mudanças, ganho de experiência e reconhecimento da Cooperativa como pólo difusor das boas práticas constituem desafios em busca de resultados favoráveis e reproduzíveis cientificamente.

A estratégia do consultor médico visitador pode resultar em maior efetividade se dirigida aos médicos que necessitam intervenção educativa: identificando aqueles com subutilização, sobreutilização ou utilização inadequada dos recursos, ou seja, fazer uma análise diagnóstica prévia do grupo alvo, e naqueles com mais idade. Pode ser explorada a necessidade de visita, por consultor médico visitador, através de entrevista por telefone.

# IMPLEMENTAÇÃO DE UMA DIRETRIZ CLÍNICA BASEADA EM CONSULTOR MÉDICO VISITADOR EM UMA COOPERATIVA MÉDICA: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO

Airton Tetelbom Stein<sup>2</sup>  
Jussara Munareto Silva<sup>1§</sup>  
Ronaldo Bordin<sup>2</sup>

Mestrado Acadêmico em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.

Abril, 2009

<sup>1</sup>Jussara Munareto Silva – Médica Ginecologista, Mestranda de Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

<sup>2</sup> Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

<sup>§</sup>Corresponding author

Email addresses:

ATS: [astein@via-rs.net](mailto:astein@via-rs.net)

JMS: [jussaramunareto@gmail.com](mailto:jussaramunareto@gmail.com)

RB: [ronaldo.bordin@ufrgs.br](mailto:ronaldo.bordin@ufrgs.br)

Formatado para Implementation Science



## RESUMO

### Contexto

Implementação da Diretriz Clínica possibilitará assegurar qualidade da atenção à saúde, adequada alocação de recursos e segurança dos usuários. Estratégias efetivas para detecção da colonização materna por estreptococos do Grupo B (EGB) são necessárias, conforme Diretriz Médica da Associação Médica Brasileira de Assistência Pré-natal. O rastreamento é recomendado a todas as gestantes, entre 35 e 37 semanas de gestação, visando prevenir a morbimortalidade de neonatos por esta mais freqüente infecção bacteriana de transmissão vertical. A prevalência dos obstetras que solicitam cultura para EGB é de 32%, na Cooperativa, porém somente 18% das gestantes são avaliadas, devido a variabilidade das solicitações.

**Objetivo:** Comparar a efetividade do consultor médico visitador (CMV) e mala direta (MD) na solicitação e realização de cultura para EGB em gestantes.

**Métodos:** Ensaio clínico com 241 médicos que fizeram partos na Cooperativa entre 01 de abril e 30 de junho de 2008, randomizados para grupo CMV (n=76), MD (n=76) e controle (n=89). O grupo do CMV recebeu uma visita educacional, mais material da Diretriz e resumo científico sobre EGB. O grupo MD recebeu, pelo correio, o mesmo material impresso. O desfecho medido, coletado na base de dados, foi a taxa de solicitação e realização da cultura para EGB nas gestantes em dois momentos: antes e 3 meses após as intervenções (CMV, MD e SI). Para análise multivariada foi utilizada regressão de Poisson.

**Resultado:** Variação delta pequena de 5,2% para CMV, 1,3% para MD e -1,0% para controle. Diferença não significativa do número de médicos que solicitam cultura para EGB entre os grupos (p=0,41). Porém, mais gestantes foram testadas após a intervenção (p=0,023). Na análise multivariada, o sexo feminino (p=0,01) e os médicos com idade menor de 46 anos solicitam mais exames de cultura para EGB (p=0,05).

**Conclusão:** Na implementação de Diretriz de Assistência Pré-natal, o consultor médico visitador foi efetivo para aumentar o número de gestantes rastreadas para estreptococos do Grupo B, assegurando melhor qualidade da assistência à saúde.

**Palavras Chave:** Educação médica continuada/organização e administração, condutas na prática dos médicos/diagnóstico, Guias de prática clínica como assunto/assistência à saúde, Garantia da qualidade dos cuidados em saúde, Fidelidade a Diretrizes, Ensaio clínico

## ABSTRACT

### Background

Implementation of clinical guidelines will ensure the quality of healthcare, adequate allocation of resources, and security of the users. Effective strategies to detect maternal colonization by Group B streptococci (GBS) are necessary according to the Brazilian Medical Association of Prenatal Assistance Medical Guidelines. Screening is recommended for all pregnant women between 35 and 37 weeks of gestation, to prevent the morbidity of neonates by the most common bacterial infection of vertical transmission. The prevalence of obstetricians asking for GBS culture is 32% in the Cooperative, but only 18% of pregnant women are assessed, because of the variability of demand.

**Objective:** To compare the effectiveness between the consultant physician visitor (CMV) and direct mail (DM) for the request of performing a culture for GBS in pregnant women.

**Methods:** A clinical trial with 241 obstetricians, who had carried out child births in a cooperative between April 1 and June 30, 2008, had been conducted. They had been randomized to the CMV (n = 76), DM (n = 76), and control (C) (n = 89) groups. The CMV group received an educational visit, most of the material, and an abstract scientific guideline on GBS. The DM group received the same printed material by mail. The outcome measured was the rate of application and implementation of culture for GBS in pregnant women at two points: before intervention and three months after intervention (CMV, DM and C). The multivariate analysis was used for Poisson regression.

**Results:** Changes in small delta of 5.2% for CMV, 1.3% for MD, and -1.0% for C were noted. No significant difference was seen in the number of physicians requesting for a culture for GBS between groups (p = 0.41). However, most pregnant women were tested after the intervention (p = 0.023). In a multivariate analysis, the female gender (p = 0.01) and doctors aged less than 46 years asked for more tests for GBS culture (p = 0,05).

**Conclusions:** In the implementation of guidelines for prenatal care, the consultant physician visitor was effective in increasing the number of pregnant women tested for Group B streptococci in the vagina and anus, ensuring a better quality of healthcare.

## I. INTRODUÇÃO

A adoção na prática diária de Diretrizes Clínicas ocorre de maneira muito lenta e variável<sup>1</sup>. Mundialmente as Diretrizes Clínicas vêm sendo desenvolvidas visando estreitar a lacuna entre a pesquisa e a prática, mas aparentemente observa-se uma nova lacuna entre o desenvolvimento das mesmas e o uso na prática. Pode levar em média 17 anos para tornar 14% das descobertas das pesquisas originais em mudanças no cuidado em benefício dos pacientes<sup>2</sup>. A educação médica continuada tradicional, estratégia mais utilizada para implementação das Diretrizes Clínicas, tem demonstrado fraca influência na mudança das práticas<sup>3</sup>. Estratégias de implementação que visem superar barreiras encontradas na utilização do conhecimento contido nas Diretrizes Clínicas precisam, certamente, envolver ações mais diretas do que a já consolidada educação médica continuada convencional<sup>4</sup>.

A estratégia de implementação das Diretrizes Clínicas através da intervenção com visitas realizadas por consultor acadêmico, em nível ambulatorial, conta com um construto teórico bem estabelecido para mudar o comportamento médico<sup>5, 6</sup>. É tradicionalmente empregada por companhias farmacêuticas para divulgar informações técnicas sobre drogas e visa, especialmente, aumentar a prescrição entre os médicos. Há, entretanto, diferenças fundamentais entre elas, sendo a implementação de Diretrizes Clínicas de caráter universitário e não comercial, sem quaisquer ligações financeiras com a indústria farmacêutica, e visa eficácia e eficiência no sistema de saúde, promovendo o pensamento crítico quanto as opções disponíveis a luz das melhores evidências científicas disponíveis. A estratégia do consultor acadêmico tem se mostrado efetiva em muitos estudos em que tem sido avaliada<sup>4, 7</sup>, sendo incrementalmente mais efetiva que a educação médica convencional e esta mais efetiva que nenhuma ação<sup>8</sup>.

As evidências suportam que visitas aos médicos, com caráter educacional, combinadas com outras intervenções, reduzem o uso inapropriado de prescrições<sup>4</sup>. Cresce, entretanto, o interesse na utilidade da estratégia em modificar o comportamento profissional em outras áreas<sup>9</sup>. Verifica-se uma variabilidade nos resultados de acordo com o tipo de intervenções realizadas, com o contexto dos estudos, número de visitas realizadas, tipo de visitador e, ainda, o efeito pode aumentar ou diminuir com o tempo<sup>10</sup>. E, assim, são necessárias novas avaliações envolvendo visitas educacionais em diferentes sistemas e cuidados de saúde<sup>11</sup>.

Há um reconhecimento de que a aderência dos médicos as práticas preconizadas em Diretrizes Clínicas é crítica para melhorar os resultados e a qualidade da assistência à saúde<sup>12</sup>. Diminuir a lacuna entre as investigações científicas e a prática médica constitui prioridade, especialmente para as práticas que ocorrem fora do meio acadêmico. Neste meio a comunicação é altamente pulverizada e não sistemática, o que possibilita grande dificuldade de difusão do conhecimento.

No Brasil não há estudo de ensaio clínico avaliando a implementação de Diretrizes Clínicas na prática médica através de visitas educacionais. Há clara escassez de estudos experimentais avaliando a implementação de protocolos assistenciais e de Diretrizes Clínicas baseadas em evidências e o estudo, ora em questão, se propõe a fazê-lo.

Neste estudo é utilizada para implementação a Diretriz da Assistência Pré-natal, em uma Cooperativa Médica.

*Segundo recomendação da Diretriz Médica Brasileira de “Assistência Pré-natal”, de 11 de junho de 2006<sup>13</sup>, toda gestante deve ser submetida à coleta de material vaginal e retal para rastreamento da colonização por estreptococo do grupo B entre 35 e 37 semanas de gestação<sup>14</sup>.*

Na Cooperativa observou-se que somente 18% das gestantes foram rastreadas para estreptococo do grupo B (EGB) e a prevalência dos obstetras que solicitam o exame foi de 32%, verificando-se grande variabilidade no pedido do exame.

Na maior parte do Brasil, estratégias organizacionais não são adotadas visando à prevenção e tratamento de infecção neonatal pelo EGB. Apesar da gravidade desta infecção e de a mesma ser passível de benefícios profiláticos<sup>7</sup>, não tem sido devidamente valorizada na etiologia dos processos infecciosos que acometem os recém nascidos. O EGB é a causa mais frequente de infecção bacteriana de transmissão vertical com elevada taxa de morbidade e mortalidade neonatal<sup>15</sup>. A colonização materna por *Streptococcus agalactiae* (EGB) constitui fator de risco reconhecido para colonização neonatal e sepse, sendo isolado em 15 a 40% das mulheres grávidas. Cerca de 50 a 75% dos recém-nascidos expostos ao EGB intravaginal tornam-se colonizados, permanecendo assintomáticos, e 1 a 2% desenvolve infecção clínica grave<sup>16</sup>.

A transmissão vertical pode ser prevenida com administração de antibiótico intraparto<sup>17</sup>. Taxas de infecção neonatal maiores que 0,6/1.000 indicariam o estabelecimento de uma estratégia de profilaxia, através de fatores de risco e taxas superiores a 1,2/1.000 nascidos vivos já apresentariam relação custo-benefício favorável para o estabelecimento de uma estratégia baseada na realização universal de cultura pré-natal<sup>18</sup>. São considerados fatores de risco para infecção: parto prematuro (menos de 37 semanas de gestação), temperatura superior a 38°C durante trabalho de parto, ruptura de membranas por mais de 18 horas e infecção urinária por EGB na gestação. A profilaxia intra-parto não está indicada em caso de cesariana, na ausência de trabalho de parto ou ruptura de membranas em gestação com menos de 37 semanas.

Não existem dados populacionais, nem vigilância de casos de sepse neonatal no país. Dois estudos, realizados nos estados do Paraná e Santa Catarina, utilizando meio específico de Todd-Hewitt para isolamento e identificação do EGB, conforme recomendação internacional<sup>19</sup>, encontraram as prevalências, respectivamente, de 14,9% e 21,6%, valores que estão dentro da variação relatada em outros países<sup>20, 21</sup>. Um estudo no Hospital de Clínicas de Porto Alegre encontrou uma incidência de 1/1000 nascidos vivos acometidos pela infecção, no período de janeiro de 1996 a junho de 1999<sup>22</sup> e, no Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher da Universidade Estadual de Campinas, a incidência de 1995 a 2000 foi de 1,4/1.000, antes da implementação de profilaxia vinculada a fatores de risco<sup>23</sup>.

A incidência estimada no Brasil, sem o uso de medidas profiláticas, pode ser inferior à dos Estados Unidos da América antes da implementação de medidas preventivas (2-3/1000), mas superior àquela que se alcançou com a adoção da cultura pré-natal (0,2-0,4/1000)<sup>24</sup>. Também é superior aos valores observados no Reino Unido (0,5/1000), onde se utilizam os fatores de risco como estratégia para orientar a profilaxia intra-parto<sup>25</sup>. As taxas de infecção neonatal precoce,

descritas nas séries brasileiras, quer estejam subestimadas ou não, fazem refletir sobre a importância do estabelecimento de uma estratégia de rastreamento e profilaxia.

É importante desenvolver estratégias efetivas para incluir no exame pré-natal a realização da cultura para EGB, considerando que os principais responsáveis pelo uso apropriado dos recursos disponíveis, ou seja, pela qualidade e eficiência do sistema de saúde são tanto os prestadores de serviço quanto os gestores de recursos e de risco. Dessa forma, a capacitação dos médicos através da permanente atualização representa um instrumento de otimização da gestão e qualidade assistencial.

Este estudo objetiva avaliar a efetividade de consultor médico visitador e de mala direta na implementação da Diretriz Médica de Assistência Pré-natal, que recomenda pesquisa do EGB em todas as gestantes entre 35 e 37 semanas de gestação, em uma cooperativa médica.

## **II. MÉTODO**

### **Delineamento**

É um Ensaio Clínico Randomizado controlado conduzido na prática obstétrica na Cooperativa médica, no estado do Rio Grande do Sul, Brasil<sup>26</sup>. A Cooperativa possui como área de atuação nos municípios de Porto Alegre, Canoas, Esteio, Cachoeirinha, Gravataí, Alvorada, Sapucaia do Sul, Osório e Viamão, além da região do Litoral Norte do Estado.

### **Questões éticas**

A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sendo utilizado Consentimento Informado por escrito ou verbal.

### **População e amostra**

A Cooperativa conta com 5.800 médicos, abrangendo 60 especialidades, atende 400 mil beneficiários e conta com 3 mil empresas contratantes.

Do total de 746 ginecologistas e obstetras da Cooperativa foi obtida uma amostra total de 241 médicos que realizaram atendimento de parto (parto normal ou cesariana), no período de 01/04 a 30/06/08 e que atendem em consultórios na área da cidade de Porto Alegre.

### **Randomização**

Os obstetras elegidos foram randomizados em 3 grupos por meio do programa do SPSS de números aleatórios e mantido o sigilo da lista de alocação. Foram constituídos três grupos compostos por: 76 médicos que receberam a visita do consultor médico, com orientação educativa face a face no consultório, sobre a Diretriz de Assistência Pré-natal, mais material impresso (grupo CMV); 76 médicos receberam idêntico material impresso por mala direta (grupo MD) e 89 médicos, em que nada foi feito (grupo-controle).

### **Intervenções**

### **Consultor médico visitador**

A intervenção consiste em uma entrevista face a face, com duração média de 30 minutos, realizada por consultor médico visitador, treinado para levar ao conhecimento conteúdo da Diretriz Clínica selecionada, no consultório do médico. Durante a visita são fornecidas informações sobre a Diretriz Médica Nacional de Assistência Pré-natal, entregue material impresso da mesma e resumo científico sobre pesquisa de estreptococos do Grupo B em gestantes e antibioticoterapia intraparto.

As visitas aos médicos foram previamente agendadas, em horários de atendimento do consultório. Dois médicos visitantes foram treinados para realizar as visitas e eram médicos cooperados.

### **Treinamento**

Os médicos consultores visitantes foram treinados, seguindo o manual desenvolvido na Cooperativa e foi realizado Projeto Piloto, com visitas aos médicos cirurgiões para orientação sobre avaliação pré-operatória.

### **Grupo da mala direta**

Os médicos do grupo “mala direta” receberam o mesmo material impresso do grupo do consultor médico visitador, enviado pelo correio com comprovante de recebimento.

### **Grupo-controle**

Os médicos do grupo-controle não receberam qualquer informação dirigida, além das informações próprias do seu meio ambiente.

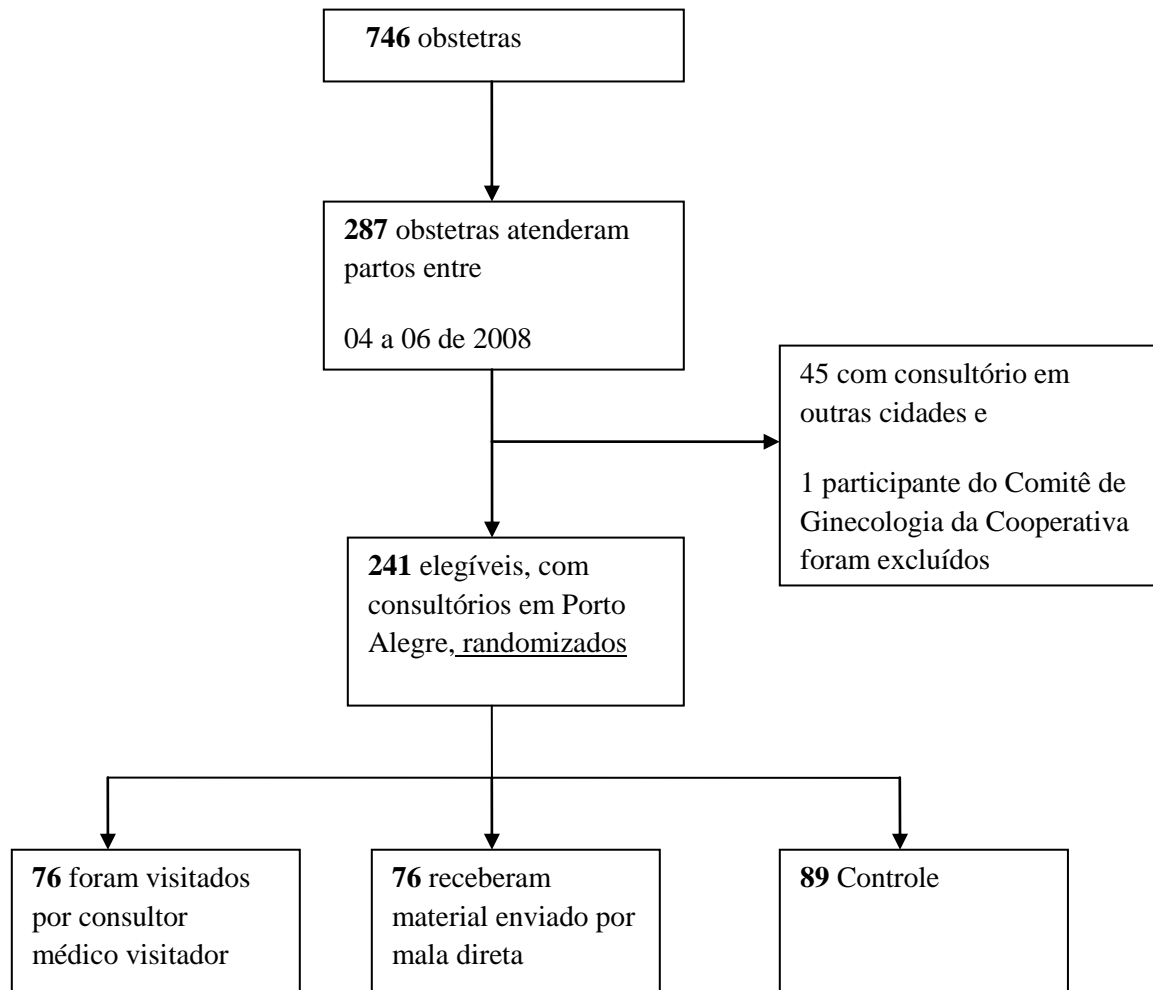


Figura1. Desenho do estudo

### Extração de dados

Os dados foram obtidos na base de dados da Cooperativa.

### Variáveis

As variáveis medidas, referentes ao médico cooperado, foram:

- Idade
- Sexo
- Ano de formatura
- Ano(s) de atuação na Cooperativa
- Solicitação de pesquisa de estreptococos do grupo B nas gestantes com parto
- Número de partos atendidos

## Desfechos medidos

Número de médicos solicitantes de EGB nas gestantes e taxa de exames de EGB nas gestantes atendidas com parto, em cada grupo.

## Análise

Realizada análise estatística descritiva com: média e desvio padrão para variáveis contínuas e percentuais para variáveis categóricas.

A entrada de dados foi realizada através do programa Excel e a análise pelo programa SPSS. Será apresentada análise bivariada, teste qui-quadrado para análise de variáveis categóricas e teste t de Student para variáveis contínuas; análise multivariada usando técnica de Poisson para verificar a relação entre a proporção de gestantes testadas para EGB por médico e o tipo de intervenção (CMV x MD), controlando para potenciais fatores de confusão (idade e sexo do médico; tempo de formatura e de cooperativado). A análise foi feita por intenção de tratar. O valor de p menor ou igual que 0,05 foi considerando estatisticamente significativo.

## Calendário

A coleta dos dados de Base dos obstetras que realizaram partos ocorreu de 01/04 a 30/06/08. As visitas e o envio por mala direta ocorreram de julho/08 a 30/10/08, correspondendo a cada médico, período exato de 3 meses pós-intervenção, para coleta de dados. Tempo de seguimento – julho 2008 a janeiro de 2009.

## III. RESULTADOS

Os dados de base dos médicos que constituíram os grupos de intervenção, por consultor médico visitador (n=76) e por mala direta (n=76), e do grupo-controle (n=89) foram semelhantes em idade, sexo, anos de formados e anos de cooperativados (tabela 1).

Tabela 1. **Características sócio-demográficas e da prática dos obstetras antes da intervenção (n=241)**

	<b>CMV</b> n=76	<b>MD</b> n=76	<b>C</b> n=89	<b>P</b>
<b>Idade, média*</b>	45,61±8,6	45,75±8,0	46,17±8,0	0,90
<b>Feminino, %</b>	75,0%	63,2%	62,9%	0,19
<b>Tempo formado, média*</b>	21,23±8,5	21,28±7,7	21,12±8,1	0,99
<b>Tempo de cooperado, média*</b>	15,57±8,1	15,79±6,6	16,31±7,2	0,80

CMV - consultor médico visitador; MD – mala direta; C- grupo-controle; \* em anos; dados são apresentados em números (percentagem), média ± desvio padrão.



O número de médicos que solicitam exames de pesquisa de EGB, antes e depois das intervenções, como observado na tabela 2, houve uma diferença no delta, porém, não estatisticamente significativa  $p=0,41$ .

Na comparação entre as médias do delta de cada grupo para proporção número de exames realizados nas gestantes com parto/partos realizados foi de  $0,06 \pm 0,39$  de desvio padrão para o grupo CMV;  $0,02 \pm 0,19$  para o grupo da MD e  $-0,03 \pm 0,40$  para o grupo sem intervenção, com  $p=0,303$ .

No grupo consultor, de 58 médicos houve 15 (25,9%) que não solicitaram exames antes das intervenções e passaram a solicitar depois. Destes 58 médicos, 9 (15,5%) solicitavam e não solicitaram depois. Não houve diferença na conduta antes e depois -  $p=0,307$  de McNemar.

No grupo da mala direta, de 67 médicos houve 7 (10,4%) que não solicitavam exames e passaram a solicitar. Destes 67 médicos, 5 (7,5%) solicitavam antes e passaram a não solicitar depois, sem diferença na conduta ( $p=0,774$ ).

No grupo sem intervenção, de 78 médicos houve 13 (16,7%) que não solicitavam exames e passaram a solicitar e 12 (15,4%) que solicitavam passaram a não solicitar depois, sem diferença na conduta ( $p=1,00$ ).

Considerando variável categórica o aumento ou não da solicitação do exame EGB encontramos uma diferença de 15 pontos percentuais entre o grupo consultor 20/58 (34,5%) e mala direta 13/67 (19,4%), teste de qui-quadrado com  $p=0,148$ .

Considerando a solicitação em toda amostra de obstetras ( $n=241$ ), a proporção de gestantes testadas para EGB e que tiveram partos atendidos pelos mesmos, seja por cesariana ou parto normal, passou de 18,3% antes da intervenção (166/908) para 19% após (161/849).

No período do estudo, do total de 1757 partos realizados, 284 foram partos via vaginal, correspondendo ao percentual de cesariana 83,3% versus 16,7% de parto normal. Das pacientes com parto por via vaginal 59 foram testadas para EGB, representando 20,8% de gestantes avaliadas para a presença da bactéria na vagina e ânus. Já no ano de 2008, os obstetras ( $n=241$ ) analisados realizaram 3.217 procedimentos de assistência ao parto. Destes, 2706 foram cesáreas (84,1%) e 512 partos normais (15,9%).

Na avaliação de base, antes das intervenções, foram realizados 908 partos. Durante o estudo ocorreram 849 partos, ou seja, vários obstetras da amostra não realizaram atendimentos de parto no período.

A proporção de gestantes testadas para EGB, tabela 2, após intervenção foi estatisticamente significativa com  $p=0,023$ .

**Tabela 2- Efeito das intervenções na solicitação e realização de cultura para estreptococos do Grupo B em gestantes**

	<b>CMV n=76</b>	<b>MD n=76</b>	<b>Controle n=89</b>	<b>P</b>
<b>Médicos</b>				
Número de solicitantes de cultura EGB* pré intervenção	24 (31,6)	20 (26,3)	33 (37,1)	0,33
Número de solicitantes de cultura EGB pós intervenção	28 (36,8)	21 (27,6)	32 (36,0)	0,41
Diferença Delta	5,2	1,3	-1,0	
<b>Gestantes</b>				
Proporção gestantes testadas pré intervenção**	38/240 (15,83)	59/346 (17,05)	69/322 (21,42)	0,178
Proporção gestantes testadas pós intervenção**	52/205 (25,36)	45/283 (15,90)	64/361 (17,72)	0,023

Os dados são apresentados como número (percentagem); \*EGB- estreptococos do grupo B; \*\*número de gestantes com parto pesquisadas para estreptococos do Grupo B dividido pelo número de gestantes com parto no período analisado.

Pós-intervenção somente 58 obstetras do grupo CMV realizaram partos, 67 do grupo da MD e 78 do grupo-controle, no período de 3 meses analisados.

Fazendo uma regressão múltipla de Poisson, tabela 3, mesmo após ajuste, o sexo feminino e os médicos com idade menor de 46 anos solicitaram mais exames de EGB.

Tabela 3 – Associação entre solicitação da cultura para EGB em gestantes e sexo, idade e grupos de intervenção dos médicos obstetras

	Solicitação EGB					
	Total	n	(%)	p	RP bruta	RP ajustada
<b>Sexo</b>						
Masculino	67	16	(23,9)		1	1
Feminino	136	65	(47,8)	0,01	2,00 (1,26-3,18)	1,85 (1,16- 2,94)
<b>Idade</b>						
< 46 anos	109	52	(47,7)	0,05	1	1
= 46 anos	94	29	(30,9)		0,65 (0,45-0,93)	0,705 (0,49-1,00)
<b>Grupos</b>						
1	58	28	(48,3)	-	1	1
2	67	21	(31,3)	0,48	0,85 (0,48-1,24)	0,88 (0,61- 1,26)
3	78	32	(41,0)	0,06	0,65 (0,42-1,01)	0,89 (0,43- 1,02)

EGB – Estreptococos do grupo B; grupo 1 – consultor médico visitador; 2 – mala direta; 3 – grupo-controle.

Seis meses após intervenção verifica-se, na base de dados, que dos médicos que não puderam ser avaliados no período do estudo, por não terem realizado partos e que o fizeram, em 2009, foi observado:

- 1) 8 de 18 obstetras do grupo CMV, solicitaram o exame de EGB (10 não realizaram partos);
- 2) 2 de 9 obstetras do grupo MD solicitaram exame (5 realizaram partos, mas não solicitaram o exame e 2 não realizaram partos);
- 3) 2 de 11 obstetras do grupo-controle solicitaram o exame (5 realizaram partos, mas não solicitaram exame e 4 não realizaram partos).

A prevalência de médicos solicitantes do exame de EGB em 2009 (janeiro a junho) na Cooperativa foi de 47% e a proporção de gestantes testadas foi de 19,41%.

#### IV. DISCUSSÃO

Até o momento, estratégias de implementação visando mudar o desempenho dos profissionais de saúde têm alcançado impactos variáveis<sup>27</sup>, tornando importante acumular experiência na implementação de Diretrizes Médicas. Neste sentido, o estudo pode auxiliar a identificar evidências sobre a estratégia de implementação de Diretrizes Médicas utilizando consultor médico, que faz visitas individuais com caráter educativo aos seus pares, em um plano de saúde no Brasil.

Com relação ao número de obstetras que solicitam o exame para rastreamento de estreptococos do grupo B em gestantes, seguindo orientação da Diretriz de Pré-natal, o presente estudo não conseguiu provar mudança significativa ( $p=0,41$ ), porém obteve uma magnitude de efeito significativa para as pacientes ( $p=0,023$ ), com mais gestantes sendo testadas para a bactéria.

Podemos avaliar alguns aspectos para obtenção deste resultado e são analisados a seguir. Com relação aos obstetras observamos que 18 (23,68%) dos participantes do grupo do CMV, 9 do grupo MD e 11 do grupo-controle, não realizaram partos nos 3 meses pós-intervenção. Este tipo de observação está plenamente de acordo com o tipo de assistência prestada na Saúde Suplementar, em que o volume de atendimento de gestantes, atendidas em consultório próprio do médico, é bastante variável ao longo do tempo. Por ser um ensaio clínico, com análise por intenção de tratar, não foi possível avaliar a resposta de vários obstetras à intervenção, o que resulta em redução do poder do estudo. Dessa forma, também menor foi o número de gestantes com atendimento de parto no período do estudo com relação ao pré-intervenção.

É necessário, entretanto, levar em consideração algumas barreiras a não adesão à recomendação da Diretriz de Assistência Pré-natal e a mudança não significativa do comportamento médico. Entre as barreiras à mudança, contamos com a elevada taxa de cesariana (83,3%) o que pode levar os médicos considerar desnecessária a pesquisa de estreptococos do grupo B, especialmente nos casos de cesariana agendada previamente, em que não há trabalho de parto ou bolsa rota. O Brasil é um dos países com maior índice de partos por cesariana, com média nacional de 43%, sendo que na saúde suplementar chega a 80%<sup>28</sup>. A Organização Mundial da Saúde recomenda índice de até 15% de cesarianas. A taxa de cesariana, no entanto, é uma característica comum na amostra e a orientação fornecida pelo médico consultor visitador não teve como finalidade estimular o parto normal.

Outras barreiras são: a não vigilância epidemiológica no Brasil para esta infecção, quem acompanha o desfecho da infecção é o neonatologista e não há codificação específica na tabela de rol de procedimentos para a pesquisa de estreptococos do Grupo B. O fato é de que o obstetra que recebeu a orientação, por meio de visita face a face, mudou a solicitação, levando ao maior rastreamento de gestantes para EGB. Esta mudança se observa na medida em que todos os obstetras visitados, os quais não puderam ser avaliados no período do estudo por não terem realizado atendimento de parto, e que o fizeram em 2009, solicitaram o exame às gestantes.

Constata-se uma solicitação irregular entre os que solicitam o exame de EGB, que pode decorrer de recomendação da Diretriz de Assistência Pré-natal de 2001, onde era preconizada a pesquisa de EGB em gestantes com fatores de risco para infecção, o que pode denotar inércia da prática anterior ou mesmo não motivação para mudança<sup>29</sup>. A Diretriz adotada no estudo sobre Assistência Pré-natal é de junho de 2006 e conta com 2 anos de existência. Pondera-se, ainda, que na prática clínica, após o período de formação, os médicos encontram dificuldade para selecionar, entre a vasta quantidade de dados existentes, quais informações são mais relevantes, úteis e válidas e quais podem ser descartadas, assim como, dispõem de pouco tempo para dispensar à pesquisa e atualização. Fazendo uma análise do estudo sob este prisma, ele mostra que os médicos mais velhos têm menor chance de solicitar a pesquisa de estreptococos grupo B.

A eficácia das intervenções para melhorar a aderência as Diretrizes Clínicas é dependente não só da intervenção em si, mas também da existência e intensidade de barreiras para mudança<sup>29</sup>.

A Cooperativa Médica, ora em estudo, reconhece a importância do conhecimento atualizado para alcançar excelência em qualidade da assistência e proporciona um incentivo com remuneração do horário dispensado pelo médico a atividades educativas oferecidas pela mesma, através de oficinas ou consultor médico visitador, e, isto, representa um diferencial prático favorável. A Cooperativa por se constituir uma entidade médica, constituída e gerenciada por médicos, em que o respeito aos princípios éticos é indispensável e não visa lucros, é diferente dos demais planos de saúde. Segundo estudo, os fatores que mais desencorajam o uso de consultores acadêmicos são: o tempo gasto do consultório para fazer a educação médica continuada, ter de programar horário do consultório para receber o consultor e ser realizada por não médico<sup>30</sup>. Com relação a estes aspectos, essas barreiras são superadas no estudo atual.

A implementação de Diretrizes Médicas constitui-se num grande desafio e exige um processo de gestão clínica, especialmente nos planos de saúde, para assegurar padrões clínicos ótimos, com aumento da eficiência, redução dos riscos para os usuários e profissionais; para prestar serviços efetivos e melhorar a qualidade da atenção à saúde. Assim, buscar fórmulas mais eficazes para promover a aplicação de intervenções baseadas em evidências deve ser uma prioridade aos investigadores, aos profissionais de saúde e aos formuladores de políticas de saúde. A educação de todos os participantes do sistema de saúde é um investimento absolutamente crítico para a busca da eficiência e um dos principais geradores de ganho de saúde e bem estar no longo prazo. O médico decide em nome do paciente e assume, assim, papel de maior relevância, especialmente quanto menos educado for o usuário do sistema.

A estratégia de implementação de Diretriz Clínica utilizando como instrumento o consultor médico visitador pode resultar em maior efetividade se dirigida aos médicos que necessitam intervenção educativa: identificando aqueles com subutilização, sobreutilização ou utilização inadequada dos recursos, por meio de análise diagnóstica prévia do grupo alvo, bem como aqueles com mais idade. O aprimoramento da estratégia utilizada, a identificação das Diretrizes mais favoráveis à implementação e das barreiras às mudanças, assim como ganho de experiência, constituem desafios na busca de resultados favoráveis e reproduzíveis cientificamente.

## **V. CONCLUSÕES**

Na implementação de Diretriz de Assistência Pré-natal, o consultor médico visitador foi efetivo para aumentar a quantidade de gestantes testadas para estreptococos do Grupo B em vagina e ânus, assegurando melhor qualidade da assistência à saúde.

### **Conflito de interesse**

Assessora da Cooperativa, participante de Comissão de Apoio e Orientação para implementação de Diretrizes Clínicas.

## Agradecimentos

Agradeço: a Dra Alice Zelmanowicz pelo auxílio na elaboração do estudo; a Cooperativa Médica pela permissão para realização do estudo e avaliação das visitas aos consultórios e a UFRGS pelo conhecimento para desenvolvimento da pesquisa.

## Referências

1. Majumdar SR, McAlister FA, Furberg CD: **From knowledge to practice in chronic cardiovascular disease: a long and winding road.** *J Am Coll Cardiol* 2004, **43**: 1738–1742
2. Balas EA, Boren SA. *Yearbook of Medical Informatics: Managing Clinical Knowledge for Health Care Improvement.* Stuttgart, Germany: Schattauer Verlagsgesellschaft mbH; 2000.
3. David A, Davis MD, Taylor-Vaisey A: **Translating guidelines into practice. A systematic review of theoretic concepts, practica experience and research evidence in the adoption of clinical practice guidelines.** *CMAJ* 1997 Aug 15, 157(4):408-16.
4. Thomson O'Brien MA, Oxman AD, Davis DA, Haynes RB, Freemantle N, Harvey EL: **Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes.** *Cochrane Database System Rev* 2000; 2: CD000409.
5. Honda K, Sheinfeld Gorin S: **A model of stage of change to recommend colonoscopy among urban primary care physicians.** *Health Psychol* 2006, **25**: 65-73.
6. Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, Fraser C, Ramsay CR, Vale L, Whitty P, Eccles MP, Matowe L, Shirran E, Wensing M, Dijkstra R, Donaldson. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess.* 2004 Feb;8(6):iii-iv, 1-72.
7. Gorin SS, Ashford AR., Lantigua R et al: **Academic detailing - Effectiveness of Academic Detailing on Breast Cancer Screening among Primary Care Physicians in an Underserved Community.** *J Am Board Fam Med* 2006, Mar-Apr;19(2):110-21.
8. Bernal-Delgado E, Galeote-Mayor M, Pradas-Arnal F, Peiró-Moreno S: **Evidence based educational outreach visits: effects on prescriptions of non-steroidal anti-inflammatory drugs.** *J Epidemiol Community Health* 2002, **56**:653–658.
9. Thomson O'Brien MA, Oxman AD, Davis DA, Haynes RB, Freemantle N, Harvey EL: **Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes** (Cochrane Review). In *The Cochrane Library*, Issue 4. Oxford: Update Software, 2001.
10. Alkhateeb FM, Khanfar NM, Clauson KA: **Characteristics of physicians who frequently see pharmaceutical sales representatives.** *J Hosp Mark Public Relations* 2009, Jan-Jun;19(1):2-14.
11. Naughton C, Feely J, Bennett K: **A clustered randomized trial of the effects of feedback using academic detailing compared to postal bulletin on prescribing of preventative cardiovascular therapy.** *Family Practice Advance Access* published August 1, 2007.
12. Grol R. **Successes and failures in the implementation of evidence-based guidelines for clinical practice.** *Med Care.* 2001 Aug;39(8 Suppl 2):II46-54.
13. **Assistência pré-natal.** [[http://www.projetodiretrizes.org.br/5\\_volume/02-AssistPre.pdf](http://www.projetodiretrizes.org.br/5_volume/02-AssistPre.pdf)]
14. Centers for Disease Control and Prevention. **Laboratory practices for prenatal group**

- B streptococcal screening: 2003.** Morb Mortal Wkly Rep. 2004;**53**:506-9.
15. Quinlan JD, Hill DA, Maxwell BD, Boone S, Hoover F, Lense JJ: **The necessity of both anorectal and vaginal cultures for group B streptococcus screening during pregnancy.** J Fam Pract 2000, **49**:447-8.
  16. Mercola J: **Group B streptococcus.** Midwifery Today E-News. 2001 Sep. **12**;3(37).
  17. Beal S, Dancer S: **Antenatal prevention of neonatal group B streptococcal infection.** *Reviews in Gynaecological & Perinatal Practice.* Vol.6(3-4). 2006, 218-25.
  18. Mohle-Boetani JC, Schuchat A, Plikaytis BD, Smith JD, Broome CV. **Comparison of prevention strategies for neonatal group B streptococcal infection. A population-based economic analysis.** JAMA 1993, 270(12):1442-8.
  19. Schrag S, Gorwitz R, Fultz-Butts K, Schuchat A: **Prevention of perinatal group B streptococcal disease.** Revised guidelines from CDC. MMWR Recomm Rep. 2002, **51**(RR-11):1-22.
  20. Beraldo C, Brito ASJ, Saridakis HO, Matsuo T: **Prevalência de colonização vaginal e anorretal por estreptococo do grupo B em gestantes de terceiro trimestre.** Rev Bras Ginecol Obstet 2004, **26**(7):543-9.
  21. Pogere A, Zocoli CM, Tobouti NR, Freitas PF, D'Acampora AJ, Zunino JN: **Prevalência de colonização pelo estreptococo do grupo B em gestantes atendidas no ambulatório de pré-natal.** Rev Bras Ginecol Obstet 2005, **27**(4):172-8.).
  22. Miura E, Martin MC. **Group B streptococcal neonatal infections in Rio Grande do Sul, Brazil.** Rev Inst Med Trop Sao Paulo 2001, **43**(5):243-6.
  23. Nomura ML. **Colonização materna e neonatal por estreptococo do grupo B em gestantes com trabalho de parto prematuro e/ou ruptura prematura pré-termo das membranas [tese].** Campinas: Universidade de Campinas; 2005.
  24. Chen KT, Puopolo KM, Eichenwald EC, Onderdonk AB, Lieberman E: **No increase in rates of early-onset neonatal sepsis by antibiotic-resistant group B Streptococcus in the era of intrapartum antibiotic prophylaxis.** Am J Obstet Gynecol 2005, **192**(4):1167-71.
  25. Kenyon S, Blocklehurst P, Blackburn A, Taylor DJ: **Antenatal screening and intrapartum management of Group B streptococcus in the UK.** BJOG 2004, **111**(3):226-30.
  26. Duarte CMR. **UNIMED: history and characteristics of a Brazilian medical cooperative.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro 2001, jul-ago;**17**(4):999-1008.
  27. Shaw B, Cheater F, Baker R, Gillies C, Hearnshaw H, Flottorp S, Robertson N: **Tailored interventions to overcome identified barriers to change: effects on professional practice and health care outcomes (Cochrane Review).** In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2007.
  28. Ministério da Saúde do Brasil. [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_a.texto.cfm?idtxt=28513](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_a.texto.cfm?idtxt=28513).
  29. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PA, Rubin HR. **Why Don't Physicians Follow Clinical Practice Guidelines?: A Framework for Improvement.** JAMA. 1999;**282**(15):1458-1465.
  30. Allen M, Ferrier S, O'Connor N, I Fleming I. **Family physicians' perceptions of academic detailing: a quantitative and qualitative study.** BMC Medical Education 2007, **7**:36.

## APÊNDICES

### I. Questionário padronizado Modelo para o projeto piloto



Porto Alegre, \_\_\_\_\_ de 2007.

Prezado(a) Colega,

A Unimed Porto Alegre vem, através desta, reiterar a divulgação das Recomendações Baseadas em Evidências na Avaliação Pré-operatória e Cuidados em Cirurgia Eletiva e ouvi-lo, bem como a todos os cooperados da especialidade. Pedimos a gentileza de responder as seguintes questões.

1 - Dentro da avaliação pré-operatória em cirurgia eletiva considere o seguinte caso clínico: adulto jovem com indicação de correção de hernial inguinal, sem história de sangramento prévio. Você indicaria exames de KTTP e TP?

Sim

Não

2 – Poderia citar artigo(s) da literatura médica com base em evidências que fundamente essa prática?

---

3 – O colega tem conhecimento do trabalho produzido pela Unimed Porto Alegre “Recomendações Baseadas em Evidências para Avaliação e Cuidados Pré-operatórios em Cirurgia Eletiva” que se encontra no site [www.unimedpoa.com.br](http://www.unimedpoa.com.br) – Cooperado On line?

---

4 – Qual sua opinião sobre a divulgação de recomendações atualizadas baseadas em evidências, sobre determinados temas, através da Cooperativa?

---



## Modelo para a pesquisa



Porto Alegre, \_\_\_\_\_ de 2008.

Prezado(a) Colega Obstetra,

A Unimed Porto Alegre vem, através desta, reiterar a divulgação da Diretriz “Assistência Pré-natal” e ouvi-lo, bem como a todos os cooperados da especialidade. Pedimos a gentileza de responder as seguintes questões.

1 – Já leu ou teve acesso a Diretriz da AMB/CFM sobre “Assistência Pré-natal”?

Sim

Não

2 – A UNIMED Porto Alegre desenvolveu documento médico denominado “Cartão da Gestante Unimed-Poa” baseado na referida Diretriz de Pré-natal. Você utiliza o “Cartão da Gestante Unimed-Poa” para sua pacientes?

Sim

Não

3 – Em caso negativo, por quê?

---

4 – Qual número de ecografias obstétricas solicita em sua rotina de acompanhamento de cada gestante de baixo risco?

---

5 – Costuma solicitar dosagem de anticorpos para toxoplasmose na gestação?

Sim

Não

6 – Entre os vários exames laboratoriais solicita pesquisa de estreptococo do grupo B?

Sim

Não

- Em caso positivo, em qual período da gestação recomenda a pesquisa?

---

- Em caso positivo da pesquisa do EGB, qual antibioticoprofilaxia utiliza?

---

## II. Termo de consentimento livre e esclarecido

Prezado colega,

A Unimed Porto Alegre está utilizando uma estratégia de **divulgação de Diretrizes Clínicas** através de consultores visitantes (acadêmicos) nos consultórios médicos visando alcançar excelência na prática clínica e maior segurança na atenção à saúde.

Você está sendo convidado(a) a participar da Pesquisa **“Impacto da Implementação de Diretrizes Clínicas em Abordagem Diagnóstica em uma Cooperativa Médica”**, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da UFRGS, aprovado pelo Conselho Administrativo da Unimed e Comitê de Ética da UFRGS, de responsabilidade do pesquisador Jussara Munareto Silva.

A sua participação envolve um encontro no consultório, com a duração aproximada de 30 minutos, onde será informado de recomendações baseadas em evidências científicas sobre o tema **“Assistência Pré-natal”** desenvolvida pela Associação Médica Brasileira. A participação neste estudo é voluntária. Se você decidir não participar ou quiser desistir de participar em qualquer momento, tem absoluta liberdade de fazê-lo.

Os resultados deste estudo poderão ser publicados, mas será mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo. O provável benefício que lhe advirá por participar neste estudo, além da informação científica atualizada sobre o referido tema, é a consciência de ter contribuído para a melhoria da assistência na sua Cooperativa.

Qualquer dúvida em relação à Pesquisa entre em contato pelos telefones 32468268 e 99824848 ou pelo endereço eletrônico [jussaramunareto@bol.com.br](mailto:jussaramunareto@bol.com.br).

Atenciosamente,

Porto Alegre, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2008.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
Matrícula

\_\_\_\_\_  
Ano Formatura

\_\_\_\_\_  
Nome do pesquisador principal

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador

### III. Resumo científico e pontos chaves para pesquisa do EGB



#### Rastreamento de Estreptococos do grupo B em gestantes

**Toda gestante** deve ser submetida à coleta de material vaginal e retal para rastreamento da colonização por estreptococo do grupo B **entre 35 e 37 semanas**

#### Fatores de risco:

Parto prematuro  
Temperatura superior a  $>38^{\circ}\text{C}$  durante trabalho de parto  
Ruptura de membranas por mais de 18 horas  
Infecção urinária por EGB na gestação.

1% a 2% dos filhos de mulheres com cultura vaginal e/ou retal positiva apresentam sepse neonatal precoce.

A infecção neonatal

#### Precoce

Ocorre nos primeiros sete dias de vida por transmissão via ascendente, durante o trabalho de parto ou no nascimento.

É a mais freqüente (80%) e evolui, após o nascimento, com bacteremia, sepse, pneumonia e meningite. Apresenta quadro clínico semelhante à doença pulmonar de membrana hialina, com desconforto respiratório em 35-55% dos recém-nascidos. A sepse (25-40% dos casos) pode evoluir para choque séptico em torno de 24 horas. Pode ocorrer meningite em 5-15% dos recém-nascidos e a evolução para o óbito ocorre comumente no segundo dia de vida.

#### Tardia

Ocorre entre 7 dias até 12 semanas de vida, sendo que sua transmissão pode ser vertical, horizontal ou nosocomial. A manifestação clínica mais comum é a meningite (30-40%), a bacteremia sem foco aparente (40%), a artrite séptica (5-10%) e raramente a onfalite e osteomielite. As taxas de letalidade são baixas (2 a 6% dos casos), mas 25 a 50% dos sobreviventes têm seqüelas neurológicas permanentes.

### **Profilaxia está indicada:**

Recém-nascido anterior com doença precoce por EGB invasiva (não há necessidade de rastreamento) BII

Bacteriúria por EGB na gestação atual (não há necessidade de cultura do EGB vaginal e retal) BII

Cultura positiva para EGB na gestação atual e trabalho de parto ou ruptura de membranas

Estado desconhecido sobre EGB e qualquer uma das seguintes condições (AII):

Parto eminente com idade gestacional menor de 37 semanas

Ruptura das membranas amnióticas = 18 horas

Tax = 38° C no trabalho de parto

### **A profilaxia intra-parto não está indicada:**

Cultura positiva para o EGB em gestação anterior.

**Cesariana na ausência de trabalho de parto ou de ruptura de membranas com IG = 37 semanas** (mesmo com cultura materna positiva para EGB).

**Culturas** vaginal e retal **negativas** no final da gestação, independente dos fatores de risco.

### **Antibioticoprofilaxia recomendada no trabalho de parto (grau de recomendação AI)**

Penicilina intra-venosa, 5.000.000U inicialmente e, após, 2.500.000U a cada 4 horas, até o nascimento; ou

Ampicilina (2g inicialmente e, após, 1g a cada 4 horas até o nascimento)

Na gestante alérgica à penicilina, sem risco de anafilaxia pode ser usado a cefazolina 2g inicialmente, seguidas de 1g a cada 8 horas até o parto.

Com risco de anafilaxia podem ser indicadas 900mg de clindamicina a cada 8 horas ou eritromicina 500g a cada 6 horas até o nascimento, ou azitromicina 500mg a cada 24 horas, sempre por via endovenosa.

### Antibiótico Intraparto EV



- ✚ Recém-nascido prévio com septcemia por EGB (desnecessário rastreamento)
- ✚ Bacteriúria por EGB na gestação atual (desnecessário rastreamento)
- ✚ Cultura positiva para EGB na gestação atual e trabalho de parto ou ruptura de membranas
- ✚ Estado desconhecido sobre EGB e qualquer uma das seguintes condições:
  - Parto eminente com idade gestacional < 37 semanas
  - Ruptura das membranas amnióticas ≥ 18 horas
  - Tax ≥ 38° C durante o trabalho de parto

### Profilaxia EGB não está indicada



- ✚ Cultura vaginal e retal negativa no final da gestação, independente de fatores de risco.
- ✚ Cultura positiva para o EGB em gestação anterior
- ✚ Cesariana na ausência de trabalho de parto ou de ruptura de membranas com IG ≥ 37 semanas (mesmo com cultura materna positiva para EGB).

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Assistência Pré-Natal. Diretrizes Médicas AMB/CFM, 11 de junho de 2006.

Centers for Disease Control and Prevention. Laboratory practices for prenatal group B streptococcal screening: 2003. Morb Mortal Wkly Rep. 2004; 53:506-9.

The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists. Screening and Treatment for Group B Streptococcus in Pregnancy. C-Obs 19, July 2007.

Smaill F. Intrapartum antibiotics for Group B streptococcal colonization (Cochrane Review). In: The Cochrane Library. Issue. Oxford:Update Software; 2006.

#### **IV. Manual do consultor acadêmico**

“Para poder ejercer con ética la medicina, el médico debe tener los conocimientos y destrezas necesarios, ya que la principal e inicial obligación ética del médico es estar preparado”

*Dr. Octavio Rivero Serrano*

## ***A EXCELÊNCIA COMO MISSÃO DA UNIMED PORTO ALEGRE***

A busca contínua pela excelência na assistência médica deve ser uma constante em um plano de saúde e dentro desta filosofia o consultor acadêmico representa uma estratégia para alcançá-la.

A Unimed Porto Alegre, como uma instituição médica, entende que a excelência na qualidade da assistência prestada, envolve não apenas competência, habilidades técnicas e profissionalismo dos seus médicos mas, principalmente, a aplicação das melhores evidências científicas no contexto da prática clínica, considerando os princípios éticos da autonomia, beneficência, não maleficência e da justiça.

### ***Objetivo***

Este manual visa orientar, esclarecer e padronizar, termos, situações e procedimentos, rotineiramente vivenciados no exercício do consultor acadêmico.

É a padronização e a implantação dos conceitos e critérios que devem reger a visita aos consultórios médicos, evitando distorções que possam comprometer a qualidade da assistência médica.

O fato é que a utilização inadequada desta metodologia de atendimento pode comprometer a sua existência, eliminando-se do cenário da Saúde uma alternativa comprovadamente eficaz não apenas para garantir qualidade na assistência, mas para a segurança dos pacientes.

### ***Conceitos***

O consultor acadêmico passa a ser uma importante fonte iterativa de informação, auxiliando na contextualização da assistência, favorecendo a atualização científica do médico cooperado e possibilitando maiores benefícios e segurança aos usuários da Cooperativa Unimed Porto Alegre.

Constituiu-se em laço importante entre a estrutura administrativa da Cooperativa Unimed Porto Alegre e seus médicos cooperados e representa um avanço tecnológico em relação à educação médica.

### ***Normas do trabalho dos consultores acadêmicos***

A intenção de redigir as normas para o consultor acadêmico é estabelecer um critério único em relação às regras de visitas aos consultórios médicos.

### ***Definição***

O consultor acadêmico é um profissional médico que possui conhecimento técnico-científico relacionado com a área, usando técnicas de venda adaptadas a assistência médica; atende e realiza um contato direto com os profissionais especialistas para os quais irá informar sobre as melhores evidências científicas disponíveis no momento sobre um tema a ser abordado,

buscando sensibilizá-los para a adoção de tecnologias de saúde de maneira adequada, com a melhor relação de custo efetividade.

### **O consultor acadêmico visitador**

O consultor acadêmico visitador deve:

- 1) Identificar o grupo de médicos para o qual irá divulgar as Diretrizes Médicas
- 2) Preparar com antecipação as entrevistas para que sejam personalizadas e produtivas, objetivando uma interação pessoal que derive em benefícios para ambas as partes.
- 3) Entrevistar de maneira que sejam alcançados os resultados pretendidos
- 4) Sensibilizar sobre temas importantes da assistência médica e a melhor utilização de recursos disponíveis dos beneficiários, considerando a relação de custo efetividade.

### **A visita ao consultório médico**

É um conjunto ordenado de atividades que o visitador acadêmico realiza para informar, sensibilizar ou recordar o médico na utilização de tecnologias de saúde, assumindo a responsabilidade de proporcionar informação técnico-científica para sua valorização.

### **Perfil do consultor visitador médico**

Compromisso com as normas e a ética médica, pontualidade, atitude positiva, esforço para vencer dificuldades, responsabilidade, entusiasmo, honestidade, cortesia e urbanidade, firmeza e perseverança, paciência, disciplina e capacidade de liderança.

Habilidades pessoais para:

- escutar
- fazer perguntas
- linguagem corporal positiva
- iniciar e manter boas relações interpessoais.

Conhecimento:

Dominar o tema que irá divulgar. Reconhecer as próprias qualidades, defeitos e aspectos a melhorar.

### **Objetivos do consultor acadêmico visitador**

O consultor acadêmico visitador tem a capacidade de ganhar a confiança do médico cooperado proporcionando-lhe informações científicas atualizadas e de seu interesse. Mantendo boa relação interpessoal e conduta ética pode favorecer a manutenção e a melhora da imagem da Cooperativa, através de ações práticas.

### ***O processo da visita ao consultório médico***

#### **1º Passo: Capacitação do médico visitador**



Determinar a informação que irá ser divulgada; verificar o bom domínio das informações e do tema que irá levar ao conhecimento do médico a ser visitado. Passará por treinamento com entrevista simulada ou teatro de visita com os supervisores do programa e auto-avaliação no final.

**2º Passo - Preparar a entrevista** através de 3 tarefas básicas:

Determinar os objetivos da entrevista

Preparar os argumentos

Selecionar o material que irá ser empregado (material impresso, de apoio, etc).

**3º Passo - Elaborar a rota diária das visitas**

**4º Passo - Contato com o médico**, na visita:

Entrada

Cumprir o horário estabelecido para início da entrevista.

Apresentação do médico visitador

Apresentar-se como colega cooperado.

A abertura

Esclarecer o objetivo da visita e a Diretriz médica a ser apresentada.

A apresentação da Diretriz médica

As Diretrizes médicas divulgadas são roteiros científicos, entretanto, não são de uso obrigatório, constituindo-se em material de apoio às melhores práticas clínicas, devendo, pois, ser respeitadas as preferências de cada médico visitado. As informações atuais e relevantes para a prática clínica devem ser apresentadas de maneira clara e objetiva.

Manejo das objeções

Procurar não interromper; escutar o que o médico tem a dizer; não se estender nas respostas; evitar discussões; não se mostrar superior; não perder o “fio” da apresentação, mantendo tom seguro, porém conciliador.

Encerramento da entrevista.

Respeitar o tempo máximo de 30 minutos da entrevista. Agradecer o tempo dispensado e que levará muito em conta as sugestões recebidas, se houverem.

**5º Passo - Serviço pós-visita:** solicitações e questionamentos ocorridos durante a entrevista devem receber resposta.

**6º Passo - Relatório** a ser entregue aos supervisores do programa de visitas: número de médicos visitados a cada semana, bem como questionamentos, angústias e sugestões relevantes que receberam dos mesmos, sem, entretanto, identificá-los.

**7º Passo – Supervisão semanal** aos visitadores, sanando dúvidas, revisando objetivos, uniformizando as entrevistas.

## I. ANEXO

Diretriz Médica de Assistência Pré-natal da Associação Médica Brasileira de 11/06/2006

1

### Projeto Diretrizes

Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina

*O Projeto Diretrizes, iniciativa conjunta da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, tem por objetivo conciliar informações da área médica a fim de padronizar condutas que auxiliem o raciocínio e a tomada de decisão do médico. As informações contidas neste projeto devem ser submetidas à avaliação e à crítica do médico, responsável pela conduta a ser seguida, frente à realidade e ao estado clínico de cada paciente.*

*Autoria: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia*

**Elaboração Final:** 11 de junho de 2006

**Participantes:** Melo VH, Pires do Rio SM

### Assistência Pré-Natal\*

\*Esta versão substitui a anterior publicada em 2001 no volume I do Projeto Diretrizes.

### Projeto Diretrizes

Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina

*2 Assistência Pré-Natal*

#### **DESCRIÇÃO DO MÉTODO DE COLETA DE EVIDÊNCIA:**

Revisão bibliográfica de artigos científicos. Os artigos foram selecionados após criteriosa avaliação crítica da força de evidência científica.

#### **GRAU DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DE EVIDÊNCIA:**

**A:** Estudos experimentais ou observacionais de melhor consistência.

**B.** Estudos experimentais ou observacionais de menor consistência.

**C.** Relatos de casos (estudos não controlados).

**D.** Opinião desprovida de avaliação crítica, baseada em consensos, estudos fisiológicos ou modelos animais.

**OBJETIVO:**

Oferecer recomendações baseadas em evidência sobre:

1. Diagnóstico precoce da gravidez;
2. Orientações e recomendações gerais;
3. Prescrições para as queixas mais freqüentes;
4. Consultas;
5. Exames complementares maternos;
6. Prevenção com suplementos vitamínicos e minerais;
7. Propedêutica fetal.

**CONFLITO DE INTERESSE:**

Nenhum conflito de interesse declarado.

*Assistência Pré-Natal 3*

## Projeto Diretrizes

Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina

### **DIAGNÓSTICO PRECOCE DA GRAVIDEZ**

Considerando-se que 11% a 42% das idades gestacionais estimadas pela data da última menstruação são incorretas, deve-se oferecer à gestante, na primeira consulta, exame ultra-sonográfico para determinar a idade gestacional. Idealmente, o exame deve ser realizado entre 10 e 13 semanas, utilizando-se o comprimento cabeça-nádega para

determinar a idade gestacional. A partir da 15ª semana, a estimativa da idade gestacional será feita por meio da medida do diâmetro biparietal. Este exame assegura a confiabilidade da idade gestacional **(A)**.

A dosagem da gonadotrofina coriônica humana ( $\beta$ hCG) para o diagnóstico precoce da gravidez, utilizando medidas quantitativas precisas e rápidas, tornou este teste mundialmente reconhecido para confirmar a ocorrência de gravidez. O  $\beta$ hCG pode ser detectado no sangue periférico da mulher grávida entre oito a 11 dias após a concepção. Os níveis plasmáticos aumentam rapidamente até atingir um pico entre 60 e 90 dias de gravidez. A maioria dos testes tem sensibilidade para detecção de gravidez entre 25 a 30mUI/ml. Resultados falso-positivos ocorrem na faixa entre 2 a 25mUI/ml. Do ponto de vista prático, níveis menores que 5mUI/ml são considerados

negativos e acima de 25mUI/ml são considerados positivos<sup>2</sup>(**D**).

## **ORIENTAÇÃO E RECOMENDAÇÕES GERAIS**

### **CONSTIPAÇÃO**

Suplementação dietética com fibras vegetais ajuda a reduzir a constipação durante a gravidez. Essa suplementação aumentou a frequência de evacuação em 67% das gestantes que a utilizaram, versus 23% entre as que não utilizaram (OR-0,18; IC a 95%: 0,05-0,67). A consistência das fezes também ficou mais amolecida.

Se não houver resposta à suplementação com fibras, laxativos estimulantes serão mais efetivos (77%) que os formadores de volume (50%) (OR-0,30; IC a 95%: 0,14-0,61)<sup>3</sup>(**A**).

### **REPOUSO**

Não existem dados suficientes para sustentar a orientação de repouso no leito para prevenir abortamento em mulheres com sangramento vaginal na primeira metade da gravidez<sup>4</sup>(**A**).

## **Projeto Diretrizes**

Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina

### *4 Assistência Pré-Natal*

Não existem evidências de que o repouso no leito, domiciliar ou hospitalar, previna o parto pré-termo. Em revisão da Cochrane, o parto prematuro antes de 37 semanas foi similar, tanto no grupo que observou o repouso (7,9%), quanto no grupo controle (8,5%) (RR-0,92; IC a 95%: 0,62-1,37). Devido aos potenciais efeitos adversos que o repouso no leito pode trazer para a mulher e seus familiares, e os custos aumentados para o sistema de saúde, os médicos não devem prescrever repouso no leito rotineiramente como prevenção para o parto pré-termo. Potenciais riscos e benefícios devem ser discutidos com a paciente e familiares<sup>5</sup>(**A**).

### **EXERCÍCIOS FÍSICOS**

Exercício aeróbico regular durante a gravidez parece melhorar ou manter a capacidade física e a boa imagem corporal. Entretanto, os dados ainda são insuficientes para esclarecer os possíveis riscos e benefícios para a mãe e o recém-nascido<sup>6</sup>(**A**).

Gestantes saudáveis devem ser avaliadas antes de iniciar atividade física. Grande parte das atividades físicas recreativas são seguras durante a gravidez. No entanto, devem ser evitados exercícios que coloquem as gestantes em risco de quedas ou trauma abdominal. Recomenda-se a prática de exercícios moderados por 30 minutos, diariamente<sup>7</sup>(**D**).

### **HIPERTERMIA**

Hipertermia (temperatura axilar maior que 38,9°C) pode ser responsável por teratogênese e defeitos do tubo neural quando ocorrer no primeiro trimestre gestacional (RR- 1,95; IC a 95%: 1,3-2,9)<sup>8</sup>(**A**). A exposição ao calor na 6,5), no primeiro trimestre da gravidez, associa-se a risco aumentado de defeitos do tubo neural. Outras formas de exposição ao calor, como sauna (RR-1,8; IC a 95%: 0,4-7,9) e febre (RR-1,8; IC a 95%: 0,8-4,1), apesar de

demonstrarem maior risco, não apresentaram significância estatística isoladamente. Entretanto, após exposição a dois ou mais tipos de calor, o risco é significativamente maior (RR-6,2; IC a 95%: 2,2-17,2), devendo ser evitados nesse período gestacional<sup>9</sup>(**A**). Banho quente de hidromassagem se associa a risco duas vezes maior de abortamento antes de 20 semanas de gestação ( aHR-2,0;IC a 95% 1,3-3,1). O risco aumenta com a frequência do banho e a menor idade gestacional: mais que um banho por semana apresenta risco 2,7 maior<sup>10</sup>(**A**).

#### **VIAGENS AÉREAS**

Viagens aéreas, geralmente, são seguras para a grávida até quatro semanas antes da data provável do parto<sup>11</sup>(**D**).

#### **VACINAÇÕES**

##### **Gripe**

As modificações do sistema imunológico durante a gravidez podem aumentar a probabilidade de ocorrência de complicações da gripe (pneumonia), especialmente no terceiro trimestre. Por isso, deve-se oferecer vacina contra o vírus da influenza a toda gestante durante a estação de gripe. A vacinação está contra-indicada para mulheres com hipersensibilidade a ovo de galinha ou aos componentes da vacina<sup>12</sup>(**D**).

*Assistência Pré-Natal 5*

## **Projeto Diretrizes**

Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina

#### **Tétano**

O Ministério da Saúde preconiza a aplicação da vacina dupla tipo adulto (dT) ou, na falta desta, a vacina com o toxóide tetânico (TT), durante a gravidez, para a proteção da gestante e a prevenção do tétano neonatal<sup>13</sup>(**D**).

#### **TRABALHO**

Pacientes com história prévia de dois ou mais abortamentos não devem permanecer muitas horas de pé ou caminhando, seja no trabalho ou em atividades domésticas. Aquelas que trabalham mais de sete horas de pé

apresentam probabilidade maior de abortamento espontâneo (OR-4,3; IC a 95%: 1,6- 11,7). Para as gestantes sem história prévia de abortamento, não foi encontrado risco associado à atividade física durante a jornada de trabalho<sup>14</sup>(**B**).

#### **ATIVIDADE SEXUAL**

Atividade sexual durante o terceiro trimestre da gravidez não está associada com aumento da mortalidade perinatal, comparando-se mulheres sem atividade sexual com aquelas com mais de quatro relações por mês (OR- a 95%: 0,74-0,89)<sup>15</sup>(**B**). Atividade sexual durante o terceiro trimestre da gravidez não está associada com aumento da prematuridade, independente da presença de vaginose bacteriana (RR-1,2; IC a 95%: 0,9- 1,6) ou tricomoníase (RR-0,5; IC a 95%: 0,2- 1,1)<sup>16</sup>(**A**).

#### **INGESTÃO DE ÁLCOOL**

Não existem evidências sobre as vantagens da visita domiciliar de equipe multidisciplinar a gestantes com

problemas de abuso de bebidas alcoólicas durante a gravidez (RR-1,08; IC a 95%: 0,83-1,41)<sup>17</sup>(**A**). Os programas de aconselhamento podem ser intervenções efetivas para a diminuição do consumo de álcool da gestante<sup>18</sup>(**A**). Recém-nascidos prematuros de gestantes que ingerem sete ou mais doses de bebida alcoólica por semana, e/ou três ou mais doses na mesma ocasião, têm maior risco de apresentar as formas mais comuns de lesão cerebral: hemorragia cerebral (OR-5,5; IC a 95%: 1,2-24,7) e destruição da substância branca (OR-9,5; IC a 95%: 1,9-46,4)<sup>19</sup>(**A**). Não foi encontrada nenhuma evidência de que existe uma quantidade segura de consumo de álcool durante a gravidez. A abstinência é o recomendado<sup>20</sup>(**D**).

#### USO DE DROGAS ILÍCITAS

Não existem evidências sobre as vantagens da visita domiciliar de equipe multidisciplinar a gestantes com problemas de uso de drogas ilícitas durante a gravidez (RR-0,95; IC a 95%: 0,75-1,20)<sup>17</sup>(**A**). O uso de cocaína durante a gestação aumenta significativamente o risco de descolamento prematuro da placenta (RR-4,55; IC a 95%: 3,19-6,5) e de rotura prematura das membranas (RR-1,85; IC a 95%: 1,35- 2,52)<sup>21</sup>(**A**).

#### TABAGISMO

São efetivas as intervenções sobre gestantes tabagistas, utilizando material visual, com o objetivo de suspensão do uso de cigarro (OR- 1,6; IC a 95%: 1,4-1,8)<sup>22</sup>(**A**).

## Projeto Diretrizes

Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina

6 *Assistência Pré-Natal*

#### PRESCRIÇÕES PARA AS QUEIXAS MAIS FREQUENTES

Poucos medicamentos confirmaram sua segurança para uso durante a gestação, particularmente durante o primeiro trimestre. O risco associado a determinado medicamento deve ser avaliado com base na necessidade da paciente, considerando os benefícios maternos e os prováveis riscos fetais. Sempre deve ser utilizada a menor dose do medicamento<sup>20</sup>(**D**). A suplementação de cloreto de sódio (OR-0,54; IC a 95%: 0,23-1,29), ou cálcio (OR-1,23; IC a 95%: 0,47-3,27) ou vitaminas e sais minerais (OR-0,23; IC a 95%: 0,05- 1,01) não foram efetivas para reduzir câibras na gravidez. Entretanto, o lactato ou citrato de magnésio, em doses de 5mmol pela manhã e 10mmol à noite, mostrou redução significativa das câibras (OR-0,18; IC a 95%: 0,05- 0,60)<sup>23</sup>(**A**).

Antieméticos (anti-histamínicos, doxilamina com piridoxina, vitamina B6 e gengibre) reduzem a frequência de náuseas no início da gravidez (OR-0,16; IC a 95%: 0,08-0,33). Dentre os tratamentos mais recentes, a piridoxina (vitamina B6) parece ser a mais efetiva (WMD – -0,99; IC a 95%: -1,47 – -0,51) na redução da intensidade da náusea (10 a 25mg três vezes ao dia). A administração de gengibre em cápsulas (250mg quatro vezes ao dia) também foi eficiente para reduzir náuseas e vômitos (OR-0,31; IC a 95%: 0,12-0,85). Nenhum tratamento para a hiperemese gravídica demonstrou benefício evidente. Os benefícios e limitações do emprego da acupuntura para controle da hiperemese encontram-se na diretriz AMB/CFM- Acupuntura na Prevenção e Tratamento da Náusea e Vômitos.

Não foi evidenciado teratogenicidade em nenhum dos tratamentos instituídos<sup>24</sup>(**A**). Exercícios aquáticos, realizados a lombalgia e o absenteísmo (OR-0,38; IC a 95%: 0,16-0,88). Sessões de fisioterapia de grupo (50 minutos) parecem ser menos eficientes para reduzir a lombalgia do que sessões individuais de acupuntura (10 a 30 minutos) (OR-6,6; IC a 95%: 1,0-43,2)<sup>25</sup>(**A**).

## CONSULTAS

A redução no número tradicional de consultas de pré-natal não se associou a resultados adversos maternos ou perinatais, como pré-eclâmpsia (OR-0,9; IC a 95%: 0,7-1,3), infecção do trato urinário (OR-0,9; IC a 95%: 0,8-1,1), mortalidade materna (OR-0,9; IC a 95%: 0,6-1,5) ou baixo peso ao nascer (OR-1,0; IC a 95%: 0,9-1,2). Isto demonstra que o importante não é a quantidade de consultas, mas, sim, a qualidade da atenção pré-natal. Entretanto, a redução no número de consultas associou-se com insatisfação da gestante em relação aos cuidados pré-natais<sup>26,27</sup>(**A**).

No Brasil, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) estabelece que o número mínimo de consultas de pré-natal deverá ser de seis consultas, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no último trimestre. A maior frequência de visitas no final da gestação visa à avaliação do risco perinatal e das intercorrências clínico-obstétricas mais comuns nesse trimestre, como trabalho de parto prematuro, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, amniorrexe prematura e óbito fetal. O acompanhamento da mulher, no ciclo grávido-puerperal, deve ser iniciado o mais precocemente possível e só se encerra após o 42º dia de puerpério, período em que deverá ter sido realizada a consulta de puerpério<sup>28</sup>(**D**).

*Assistência Pré-Natal 7*

## Projeto Diretrizes

Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina

### EXAMES COMPLEMENTARES MATERNOS

#### GRUPO SANGUÍNEO E FATOR RH

A determinação do grupo sanguíneo e do fator Rh deve ser realizada na primeira consulta de pré-natal. Em caso de gestante Rh negativo e parceiro Rh positivo e/ou desconhecido, solicitar o teste de Coombs indireto. Se o resultado for negativo, repeti-lo em torno da 30ª semana. Quando o Coombs indireto for positivo, encaminhar a paciente ao pré-natal de alto risco<sup>28</sup>(**D**).

A administração de 100mcg de imunoglobulina anti-D, entre 28 e 34 semanas de gravidez, a mulheres em sua dessa dose não confira benefício ou melhore o resultado perinatal da gestação atual, o teste de Kleihauer, realizado no sangue de puérperas com recém-nascidos Rh positivos, foi significativamente menos positivo (RR- 0,6; IC a 95%: 0,5-0,8), o que significa que um número menor de mulheres produzirá anticorpos anti-Rh em gestações subseqüentes. Essa política, no entanto, deve levar em consideração os custos da profilaxia e dos cuidados de uma mulher que se torna sensibilizada e de seus filhos acometidos, além do suprimento da gamaglobulina anti-D<sup>29</sup>(**A**). Imunoglobulina anti-D administrada até 72 horas após o parto reduz o risco de isoimunização em mulheres Rh negativo que deram a luz a recém-nascidos Rh positivos (RR-0,04; IC a 95%: 0,02-0,06) e em gestação subseqüente (RR-0,12; IC a 95%: 0,07-0,23). Não existem evidências com relação à dose ideal<sup>30</sup>(**A**). Gestantes Rh negativo não sensibilizadas devem receber imunoglobulina anti-D após abortamento ou gravidez ectópica (120mcg antes de 12 semanas e 300mcg após essa idade gestacional), mola hidatiforme, biópsia de vilos coriais (120mcg antes de 12 semanas e 300mcg após essa idade gestacional), amniocentese e cordocentese (300mcg). A administração de imunoglobulina também deve ser considerada quando da realização de versão externa ou a ocorrência de trauma abdominal. Nas situações de sangramento do segundo e terceiro trimestres, deve-se considerar a realização de exames que quantifiquem a hemorragia feto-materna, para administrar a dose adequada. Administração de imunoglobulina anti-D deve ser considerada antes de 12 semanas de gravidez em mulheres com ameaça de abortamento com embrião vivo. É recomendado o consentimento informado escrito, uma vez que a imunoglobulina anti-D é um hemoderivado<sup>31</sup>(**D**).

## HIV

O Ministério da Saúde do Brasil recomenda a realização de teste anti-HIV com aconselhamento e com consentimento para todas as gestantes na primeira consulta pré-natal. Enfatiza a necessidade de realizar pelo menos uma sorologia durante o período gestacional. A repetição da sorologia para HIV, ao longo da gestação ou na admissão para parto, deverá ser considerada em situações de exposição constante ao risco de aquisição do vírus ou quando a mulher se encontra no período de janela imunológica<sup>32</sup>(**D**).

## SÍFILIS

O rastreamento universal da sífilis é recomendado na primeira consulta de pré-natal para

# Projeto Diretrizes

Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina

## 8 Assistência Pré-Natal

toda gestante, porque o tratamento é benéfico para a mãe e o feto. Mulheres com risco aumentado devem se submeter a nova sorologia com 28 semanas de gravidez e, novamente, quando da internação para o parto<sup>33</sup>(**D**). No Brasil, a recomendação do Ministério da Saúde é a repetição do exame em torno da 32ª semana de gestação, no momento do parto ou em caso de abortamento<sup>28</sup>(**D**).

## RUBÉOLA

A gestante deve ser rastreada quanto à sua imunidade contra rubéola, se ainda não o foi antes da gravidez. As mulheres susceptíveis devem ser aconselhadas sobre os riscos da infecção durante a gravidez e devem ser orientadas a se vacinarem no puerpério<sup>34</sup>(**D**). O Ministério da Saúde do Brasil não estabelece o rastreamento de rotina para a rubéola na gravidez<sup>28</sup>(**D**).

## HEPATITES B E C

O rastreamento da hepatite B com o antígeno de superfície (HBsAg) deve ser realizado na primeira consulta de pré-natal para que intervenções pós-natais possam ser oferecidas ao recém-nascido para redução da transmissão vertical. Mulheres com risco aumentado podem ser vacinadas com segurança durante a gravidez e devem ser rastreadas novamente antes do parto ou no momento do parto. O rastreamento da hepatite C deve ser oferecido às gestantes de risco (presidiárias, usuárias de drogas injetáveis, gestantes HIV-positivo, mulheres expostas a derivados de sangue ou submetidas a transfusão com hemoderivados, parceiras de homens HIV-positivo, mulheres com alteração da função hepática, com múltiplos parceiros ou tatuadas)<sup>35,36</sup>(**D**).

## VAGINOSE BACTERIANA

Apesar do tratamento com antibióticos erradicar a vaginose bacteriana na gestação (OR-0,2; IC a 95%: 0,2-0,3), não é recomendado o rastreamento de rotina de todas as gestantes assintomáticas para vaginose bacteriana, uma vez que não apresentou redução significativa do parto pré-termo (OR-0,9; IC a 95%: 0,7- 1,0) ou o risco de rotura prematura de membranas (OR-0,9; IC a 95%: 0,6-1,3). Deve-se considerar o rastreamento em mulheres com história prévia de parto pré-termo<sup>37</sup>(**A**).

## ESTREPTOCOCOS DO GRUPO B



Toda gestante deve ser submetida à coleta de material vaginal e retal para rastreamento da colonização por estreptococo do grupo B entre 35 e 37 semanas. As pacientes cujas culturas forem positivas devem ser tratadas com antibiótico venoso (penicilina ou clindamicina) durante o trabalho de parto e nos casos de rotura das membranas. Mulheres com infecção urinária por estreptococo do grupo B ou recém-nascido prévio com septicemia pelo estreptococo do grupo B também devem receber antibióticos intraparto, sem necessidade de se submeterem a coleta de material para cultura. Nos casos de cesariana (sem trabalho de parto ou rotura das membranas), mesmo com cultura positiva, não está indicada a antibioticoprofilaxia<sup>38</sup>(**D**).

Apesar da evidência de que o tratamento da infecção pelo estreptococo do grupo B na gestação reduz a incidência de infecção neonatal precoce (OR-0,17; IC a 95%: 0,07-0,4), ainda é necessário o estabelecimento de estratégias efetivas para a detecção da colonização materna e a confirmação dos fatores de risco para a infecção neonatal<sup>39</sup>(**A**).

*Assistência Pré-Natal* 9

## Projeto Diretrizes

Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina

No Brasil, não há recomendação técnica ou consenso sobre o tema<sup>40</sup>(**D**).

### **DIABETES GESTACIONAL**

O rastreamento do diabetes na gravidez é controverso, uma vez que não existe estudo controlado randomizado demonstrando melhora do resultado perinatal com o rastreamento. O Colégio Americano de Ginecologistas e Obstetras e a Associação Americana de Diabetes recomendam o rastreamento universal de todas as gestantes entre 24 e 28 semanas, exceto para mulheres de baixo risco (idade abaixo de 25 anos, grupo étnico de baixo risco, peso pré-gestacional normal, sem história de mau resultado obstétrico, de metabolismo anormal de glicose e de diabetes em parentes de primeiro grau). Esses protocolos propõem a realização do rastreamento com sobrecarga de 50g de glicose<sup>41,42</sup>(**D**). O Ministério da Saúde recomenda a dosagem da glicemia de jejum como primeiro teste para avaliação do estado glicêmico da gestante. O exame deve ser solicitado a todas as gestantes, na primeira consulta do pré-natal, como teste de rastreamento para o diabetes mellitus gestacional (DMG), independentemente da presença de fatores de risco. Se a gestante está no primeiro trimestre, a glicemia de jejum auxilia a detectar alterações prévias da tolerância à glicose. O Ministério da Saúde do Brasil recomenda, para o diagnóstico do DMG, o teste de tolerância com 75g de glicose<sup>28</sup>(**D**).

### **BACTERIÚRIA ASSINTOMÁTICA**

Todas as gestantes devem realizar exame de urina (urina rotina e urocultura), entre 12 e 16 semanas, para rastrear bacteriúria assintomática. Tratamento com antibiótico é efetivo na bacteriúria assintomática (OR-0,07; IC a 95%:0,05-0,10), na redução de pielonefrite na gravidez (OR-0,24; IC a 95%: 0,19-0,32). A antibioticoterapia também se associa à redução na incidência de parto prematuro ou baixo peso ao nascer (OR-0,6; IC a 95%: 0,5 0,8)<sup>43</sup>(**A**).

### **PREVENÇÃO COM SUPLEMENTOS**

#### **VITAMÍNICOS E MINERAIS**

#### **ÁCIDO FÓLICO**

A suplementação pré-concepcional com folato (ácido fólico) demonstrou forte efeito protetor contra os defeitos do

tubo neural (RR-0,3; IC a 95%: 0,1-0,6) e contra a recorrência dos mesmos (RR-0,3; IC a 95%: 0,1-0,7). Informações sobre a suplementação com ácido fólico devem ser amplamente divulgadas para todos os programas de saúde. Não estão determinados os riscos e benefícios do enriquecimento de alimentos com ácido fólico. A utilização de complexo vitamínico isolado não apresenta redução significativa da recorrência de defeitos do tubo neural (RR-0,6; IC a 95%: 0,3-1,5)<sup>44</sup>(**A**). Mulheres cujos fetos ou recém-nascidos apresentam defeitos do tubo neural devem ser orientadas quanto ao risco de recorrência em novas gestações, devendo manter suplementação contínua com ácido fólico pré-concepcional, diariamente, até a 12<sup>a</sup> semana da gestação subsequente (RR-0,3; IC a 95%: 0,1-0,7)<sup>45</sup>(**A**).

## FERRO

A suplementação rotineira de ferro e folato previne contra baixos níveis de hemoglobina à época do parto (OR-0,2; IC a 95% 0,1-0,3), mantendo ou elevando os níveis séricos de ferritina (OR-0,04; IC a 95% 0,01-0,1), ferro

## Projeto Diretrizes

Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina

10 *Assistência Pré-Natal*

(OR-0,2; IC a 95% 0,1-0,3) e ácido fólico (OR- 0,1; IC a 95% 0,06-0,2). A suplementação reduz a incidência de gestantes com hemoglobina menor que 10,0g/dl, no final da gestação. Existem poucas informações a respeito de outros efeitos para mãe e feto<sup>46,47</sup>(**A**).

## VITAMINAS

A utilização de suplementos vitamínicos, isoladamente, ou em complexos multivitamínicos, no período pré-gestacional ou no primeiro trimestre, não previne abortamentos precoces (RR- 1,1; IC a 95%:0,9-1,2), abortamentos tardios (RR-1,1; IC a 95%:0,9-1,2) ou perdas fetais (RR-0,9; IC a 95%:0,6-1,1)<sup>48</sup>(**A**). Em locais onde a deficiência de vitamina A é prevalente, a suplementação demonstrou-se benéfica na redução da mortalidade materna (RR-0,6; IC a 95%:0,37-0,97), embora novos estudos sejam necessários para determinar se ela pode realmente reduzir a morbidade e a mortalidade materna, e por qual mecanismo<sup>49</sup>(**A**). Os dados são insuficientes para definir efetividade da suplementação com vitamina D, durante a gravidez, para reduzir o baixo peso ao nascer (OR-0,5; IC a 95%:0,2-1,3). Na ausência de evidência de benefícios, a suplementação de rotina não deve ser oferecida a toda gestante<sup>50</sup>(**A**). Os dados atuais são insuficientes para indicar a suplementação de vitamina C isolada, ou em suplementos combinados, para benefício fetal ou neonatal. Não houve redução da natimortalidade 95%:0,6-2,2) ou restrição de crescimento fetal (RR-0,7; IC a 95%:0,5-1,04). Não houve redução de pré-eclâmpsia (RR-0,5; IC a 95%:0,2-1,2)<sup>51</sup>(**A**). Os dados atuais também são insuficientes para indicar a suplementação de vitamina E isolada, ou em suplementos combinados, para benefício fetal ou neonatal. Não houve redução da natimortalidade (RR-0,8; IC a 95%: 0,4-1,7), da morte perinatal (RR-1,3; IC a 95%:0,7-2,5) ou restrição de crescimento fetal (RR-0,7; IC a 95%:0,5-1,04). Não houve redução de pré-eclâmpsia (RR-0,4; IC a 95%:0,2 1,2)<sup>52</sup>(**A**).

## PROPEDEÚTICA FETAL

A dopplervelocimetria da artéria umbilical não traz benefícios maternos ou fetais nas gestações de baixo risco. Não existe redução significativa da taxa de cesariana (OR-1,0; IC a 95%: 0,9-1,2). Não há redução significativa da mortalidade perinatal (OR-0,9; IC a 95%: 0,5-1,5), natimortalidade (OR-0,8; IC a 95%: 0,4-1,6) e da prematuridade (OR-1,1; IC a 95%: 0,9-1,3)<sup>53</sup>(**A**). Nas gestações de alto risco, a dopplervelocimetria da artéria umbilical mostra tendência à redução da mortalidade perinatal (OR-0,7; IC a 95%: 0,5-1,01). Existem evidências

de redução da internação hospitalar (OR-0,6; IC a 95%: 0,4-0,7) sem relatos de eventos adversos. Entretanto, não há redução do sofrimento fetal intraparto (OR-0,8; IC a 95%: 0,6-1,1) e da taxa de cesariana (OR-0,9; IC a 95%: 0,8- 1,1)<sup>54</sup>(**A**).

Ultra-sonografia de rotina no primeiro trimestre gestacional detecta precocemente gestações múltiplas (OR-0,08; IC a 95%: 0,04- 0,16) e reduz a taxa de indução do parto nas

*Assistência Pré-Natal 11*

## Projeto Diretrizes

Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina

gestações pós-termo (OR-0,6; IC a 95%: 0,5- 0,7). No entanto, não reduz a mortalidade perinatal (OR-0,9; IC a 95%: 0,7-1,1)<sup>55</sup>(**A**). A realização da ultra-sonografia na segunda metade da gravidez em gestações de baixo risco, ou como rastreamento universal, não confere benefício à mãe ou ao recém-nascido. Não reduz a taxa de indução do parto (OR-1,0; IC a 95%: 0,9-1,1) ou de cesariana (OR-1,1; IC a 95%: 1,0-1,1). Não reduz a prematuridade (OR-1,0; IC a 95%: 0,8-1,1), a mortalidade perinatal (OR-1,0; IC a 95%: 0,8-1,4) ou a natimortalidade (OR-1,2; IC a 95%: 0,7-1,8). Não existem dados com relação aos potenciais efeitos psicológicos do exame rotineiro nessa fase da gravidez, nem nos resultados neonatais a curto e longo prazos<sup>56</sup>(**A**). Não há evidência suficiente, a partir de ensaios clínicos randomizados, de que a utilização do perfil biofísico em gestações de alto risco confira benefícios maternos ou ao recém-nato. Não reduz a taxa de indução do parto (OR-2,1; IC a 95%: 1,1-4,0) ou de cesariana (OR-2,0; IC a 95%: 0,8-5,0). Não reduz a admissão em unidade de terapia intensiva neonatal (OR-0,1; IC a 95%: 0,01- 2,2) ou a mortalidade perinatal (OR-1,0; IC a 95%: 0,8-1,4) ou a natimortalidade (OR-1,3; IC a 95%: 0,6- 2,9)<sup>57</sup>(**A**).

A avaliação anteparto pelo perfil biofísico fetal associa-se significativamente com a redução da incidência de se compara gestantes que foram ou não submetidas ao teste (0,13% versus 0,47%). Existe uma relação inversa e exponencial entre a última pontuação do perfil biofísico fetal e a taxa de paralisia cerebral, sugerindo que a asfíxia antenatal é uma causa importante e potencialmente evitável deste evento<sup>58</sup>(**C**). Não existem evidências suficientes para indicar o uso da Cardiotocografia Basal Anteparto (CTB) na avaliação da vitalidade fetal. Os ensaios clínicos incluídos nesta revisão são da época em que se introduziu a CTB anteparto, tornando difícil a adaptação à prática atual (1970 a 1981)<sup>59</sup>(**A**).

A Cardiotocografia Basal Anteparto com Estímulo Vibro-acústico reduz a incidência de CTB não-reativa (RR-0,6; IC a 95%: 0,5-0,7).

Sugerem-se novos ensaios clínicos para determinar a intensidade, frequência e duração do estímulo<sup>60</sup>(**A**).

## Projeto Diretrizes

Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina

*12 Assistência Pré-Natal*

### REFERÊNCIAS

1. Crowther CA, Kornman L, O'Callaghan S, George K, Furness M, Willson K. Is na ultrasound assessment of gestational age at the first antenatal visit of value? A randomized clinical trial. *Br J Obstet Gynaecol* 1999;106:1273-9.

2. Davies S, Byrn F, Cole LA. Human chorionic gonadotropin testing for Earl pregnancy viability and complications. *Clin Lab Med* 2003;23:257-64.
3. Jewell DJ, Young G. Interventions for treating constipation in pregnancy (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2. Oxford:Update Software;2005.
4. Aleman A, Althabe F, Belizán J, Bergel E. Bed rest during pregnancy for preventing miscarriage. *Cochrane Database Syst Ver* 2005;2:CD003576.
5. Sosa C, Althabe F, Belizán J, Bergel E. Bed rest in singleton pregnancies for preventing preterm birth. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;1:CD003581.
6. Kramer MS. Aerobic exercise for women during pregnancy (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2. Oxford: Update Software;2005.
7. Committee on Obstetric Practice.. ACOG committee opinion. Exercise during pregnancy and the postpartum period. Number 267, January 2002. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Int J Gynaecol Obstet* 2002; 77:79-81.
8. Moretti ME, Bar-Oz B, Fried S, Koren G. Maternal hyperthermia and the risk for neural tube defects in offspring: systematic review and meta-analysis. *Epidemiology* 2005;16:216-9.
9. Milunsky A, Ulcickas M, Rothman KJ, Willett W, Jick SS, Jick H. Maternal heat exposure and neural tube defects. *JAMA* 1992;268:882-5.
10. Li DK, Janevic T, Odouli R, Liu L. Hot tub use during pregnancy and the risk of miscarriage. *Am J Epidemiol* 2003;158:931-7.
11. ACOG Committee on Obstetric Practice. ACOG committee opinion. Air travel during pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet* 2002;76:338-9. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman. Disponível em URL: [http:// www.rcog.org.uk/resources/Public/Antenatal\\_Care.pdf](http://www.rcog.org.uk/resources/Public/Antenatal_Care.pdf)
12. Institute for Clinical Systems Improvement Health Care Guideline: Routine Prenatal Care. Disponível em URL:<http://www.icsi.org/knowledge/detail.asp?catID=29&itemID=191>
13. Ministério da Saúde. Assistência pré-natal: Manual técnico. 3ª edição. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde;2000. p.66.

*Assistência Pré-Natal* 13

## Projeto Diretrizes

Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina

14. Fenster L, Hubbard AE, Windham GC, Waller KO, Swan SH. A prospective study of work related physiological exertion and spontaneous abortion. *Epidemiology* 1997;8:66-74.

15. Klebanoff MA, Nugent RP, Rhoads GG. Coitus during pregnancy: Is it safe? *Lancet* 1984;2:914-7.
16. Berghella V, Klebanoff M, McPherson C, Carey JC, Hauth JC, Ernest JM, et al. Sexual intercourse association With asymptomatic bacterial vaginosis and *Trichomonas vaginalis* treatment in relationship to preterm birth. *Am J Obstet Gynecol* 2002;187:1277-82.
17. Doggett C, Burrett S, Osborn DA. Home visits during pregnancy and after birth for women with an alcohol or drug problem. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;4: CD004456.
18. Handmaker NS, Miller WR, Manicke M. Findings of a pilot study of motivacional interviewing with pregnant drinkers. *J Stud Alcohol* 1999;60:285-7.
19. Holzman C, Paneth N, Little R, Pinto- Martin J. Perinatal brain injury in premature infants born to mothers using alcohol in pregnancy. Neonatal Brain Hemorrhage Study Team. *Pediatrics* 1995; 95:66-73.
20. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman. Disponível em URL: [http:// www.rcog.org.uk/resources/Public/ Antenatal\\_Care.pdf](http://www.rcog.org.uk/resources/Public/Antenatal_Care.pdf).
21. Addis A, Moretti ME, Ahmed Syed F, Einarson TR, Koren G. Fetal effects of cocaine: an updated meta-analysis. *Reprod Toxicol* 2001;15:341-69.
22. Polanska K, Hanke W, Sobala W. Metaanalysis of prenatal smoking cessation interventions. *Przegl Epidemiol* 2003; 57:683-92.
23. Young G, Jewell D. Interventions for leg cramps in pregnancy (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1. Oxford: update software;2006.
24. Jewell D, Young G. Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2. Oxford:Update Software;2005.
25. Young G, Jewell D. Interventions for preventing and treating pelvic and back pain in pregnancy (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1. Oxford: Update Software;2006.
26. Carroli G, Villar J, Piaggio G, Khan- Neelofur D, Gulmezoglu M, Mugford M et al. WHO systematic review of randomised controlled trials of routine antenatal care. *Lancet* 2001;357: 1565–70.
27. Villar J, Carroli G, Khan-Neelofur D, Piaggio G, Gülmezoglu M. Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1. Oxford: Update Software;2006.

## Projeto Diretrizes

Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina

14 *Assistência Pré-Natal*

28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada. Ministério da Saúde;2005. p.158.

29. Crowther CA, Middleton P. Anti-D administration in pregnancy for preventing Rhesus alloimmunisation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library. Issue 1. Oxford:Update Software;2006.
30. Crowther C, Middleton P. Anti-D administration after childbirth for preventing Rhesus alloimmunisation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library. Issue 1. Oxford:Update Software; 2006.
31. Fung Kee Fung K, Eason E, Crane J, Armson A, De La Ronde S, Farine D, ET al. Prevention of Rh alloimmunization. J Obstet Gynaecol Can 2003;25:765-73.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Anti-Retroviral em Gestantes. Brasília;2004. p. 62.
33. Centers for Disease Control and Prevention, Sexually Transmitted Disease Surveillance, 2002 supplement, Syphilis Surveillance Report. Atlanta, Georgia: U.S. Department of Health and Human Services, Center for Disease Control and Prevention, January 2004.
34. Guidelines for prenatal care. 5<sup>th</sup> ed. Elk Grove Village, III.: American Academy of Pediatrics, and Washington, DC.: American College Obstetricians and Gynecologists, 2002. Disponível em URL: <http://www.icsi.org/knowledge>.
35. American College of Obstetricians and Gynecologists, 2002. Disponível em URL: <http://www.icsi.org/knowledge>
36. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman. Disponível em URL: [hpt:// www.rcog.org.uk/resources/public/ antenatal \\_care.pdf](http://www.rcog.org.uk/resources/public/antenatal_care.pdf)
37. McDonald H, Brocklehurst P, Parsons J. Antibiotics for treating bacterial vaginosis in pregnancy (Cochrane Review). In: The Cochrane Library. Issue 1. Oxford:Update Software;2006.
38. Centers for Disease Control and Prevention. Laboratory practices for prenatal group B streptococcal screening: 2003. Morb Mortal Wkly Rep. 2004; 53:506-9.
39. Smaill F. Intrapartum antibiotics for Group B streptococcal colonization (Cochrane Review). In: The Cochrane Library. Issue 1. Oxford:Update Software;2006.
40. Brasil. Ministério da Saúde. Programa de humanização do pré-natal e do nascimento. Informações para gestores e técnicos. Brasília;2001.

*Assistência Pré-Natal* 15

## Projeto Diretrizes

Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina

41. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Practice Bulletins Obstetrics. ACOG practice bulletin. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. Number 30, September 2001. Gestational diabetes. Obstet Gynecol 2001;98:525-38.

42. American Diabetes Association. Gestational diabetes mellitus. *Diabetes Care* 2003;26(suppl 1):S103-5.
43. Smaill F. Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*. Issue 1. Oxford:Update Software;2006.
44. Lumley J, Watson L, Watson M, Bower C. Periconceptional supplementation with folate and/or multivitamins for preventing neural tube defects (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*. Issue 1. Oxford: Update Software; 2006.
45. Prevention of neural tube defects: results of the Medical Research Council Vitamin Study. MRC Vitamin Study Research Group. *Lancet* 1991;338:131-7.
46. Mahomed K. Iron and folate supplementation in pregnancy (Cochrane Review).  
In: *The Cochrane Library*. Issue 1. Oxford:Update Software;2006.
47. Mahomed K. Iron supplementation in pregnancy (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*. Issue 1. Oxford:Update Software;2006.
48. Rumbold A, Middleton P, Crowther CA. Vitamin supplementation for preventing miscarriage (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*. Issue1. Oxford:Update Software;2006.
49. van den Broek N, Kulier R, Gülmezoglu AM, Villar J. Vitamin A supplementation during pregnancy (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*. Issue 1. Oxford:Update Software;2006.
50. Mahomed K, Gulmezoglu AM. Vitamin D supplementation in pregnancy (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*. Issue 1. Oxford:Update Software;2006.
51. Rumbold A, Crowther CA. Vitamin C supplementation in pregnancy (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*. Issue 1. Oxford:Update Software;2006.
52. Rumbold A, Crowther CA. Vitamin E supplementation in pregnancy (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*. Issue 1. Oxford:Update Software;2006.
53. Bricker L, Neilson JP. Routine Doppler ultrasound in pregnancy (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*. Issue 1. Oxford:Update Software;2006.
54. Neilson JP, Alfirevic Z. Doppler ultrasound for fetal assessment in high risk pregnancies. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;2:CD000073.
55. Neilson JP. Ultrasound for fetal assessment in early pregnancy (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*. Issue 1. Oxford: Update Software;2006.

## Projeto Diretrizes

Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina

16 *Assistência Pré-Natal*

56. Bricker L, Neilson JP. Routine ultrasound in late pregnancy (after 24 weeks gestation) (Cochrane Review). In:

The Cochrane Library. Issue 1. Oxford: Update Software; 2006.

57. Alfircvic Z, Neilson JP. Biophysical profile for fetal assessment in high risk pregnancies (Cochrane Review). In: The Cochrane Library. Issue 1. Oxford: Update Software;2006.

58. Manning FA, Bondaji N, Harman CR, Casiro O, Menticoglou S, Morrison I, et al. Fetal assessment based on fetal biophysical profile scoring. VIII. The incidence of cerebral palsy in tested and untested perinates. Am J Obstet Gynecol 1998;178:696-706.

59. Pattison N, McCowan L. Cardiotocography for antepartum fetal assessment (Cochrane Review). In: The 1, 2006. Oxford:Update Software;2006.

60. Tan KH, Smyth R. Fetal vibroacoustic stimulation for facilitation of tests of fetal wellbeing (Cochrane Review). In: The Cochrane Library. Issue 1. Oxford:Update Software;2006.

## **PROJETO DE PESQUISA**

### **IMPLEMENTAÇÃO DE UMA DIRETRIZ CLÍNICA BASEADA EM CONSULTOR MÉDICO VISITADOR EM UMA COOPERATIVA MÉDICA**

#### **QUESTÃO DE PESQUISA**

Qual a efetividade do consultor médico visitador na implementação de Diretriz Clínica Nacional em uma Cooperativa médica?

#### **OBJETIVO GERAL**

Comparar a efetividade de estratégia educacional realizada através de consultor médico visitador e de material científico enviado por mala direta, na mudança para prática preconizada por Diretriz Clínica da Associação Médica Brasileira.

#### **Objetivos secundários**

Avaliar possíveis correlações entre idade, sexo, tempo de formado, tempo de cooperado com mudança da prática e a quantidade de exames solicitados.

#### **JUSTIFICATIVA**

A justificativa fundamenta-se na necessidade de desenvolver métodos efetivos para implementação de Diretrizes Clínicas objetivando assegurar a qualidade da atenção à saúde, a adequada alocação de recursos e segurança dos usuários, focado em mudanças do comportamento profissional de médicos.



As Diretrizes Clínicas têm o papel de apoiar decisões clínicas para pacientes individuais, embora entendendo seu objetivo, também, como instrumento para avaliar e assegurar a qualidade da atenção e como guia para alocação de recursos.

A utilização de Diretrizes Clínicas parte da percepção de que há variações dos padrões da prática e da utilização de serviços de saúde, uso inapropriado dos serviços e incerteza acerca dos resultados obtidos, pelo uso ou não uso, de serviços ou procedimentos.

Considera-se que “evidência científica” e julgamento clínico podem ser sistematicamente combinados para produzir recomendações clinicamente válidas e operacionais acerca de cuidados apropriados, que serão usadas para sensibilizar médicos, pacientes e outros, no sentido de mudar suas práticas para obtenção de melhores resultados e diminuição de custos.

Assim, a disseminação e efetiva implementação de Diretrizes Clínicas devem ser vigorosamente perseguidas para que não se perca tempo, energia e recursos devotados ao seu desenvolvimento e, especialmente, potenciais benefícios para os doentes.

Estratégias de implementação têm de vencer as falhas na adoção das diretrizes através do entendimento das forças e das variáveis que influenciam a prática clínica e da aplicação de métodos mais práticos e didáticos.

A aplicação imediata das diretrizes é educacional possibilitando aos médicos a oportunidade de conhecer informações mais atuais e relevantes, sobre determinado assunto.

No estudo buscamos avaliar o impacto da implementação da Diretriz Clínica de Assistência Pré-natal da Associação Médica Brasileira em uma Cooperativa Médica, através de visitas aos consultórios médicos realizadas por consultor médico e por envio de material educativo por mala direta.

### **III. REVISÃO PRELIMINAR**

Desde a década de 90, a área de assistência à saúde tem sido marcada pela preocupação com o uso e estímulo às práticas baseadas em evidências científicas efetivas e pela busca de melhorias da qualidade da assistência através da alocação mais eficiente de recursos, comumente limitados.

Segundo Donabedian “O propósito dos sistemas de saúde, em seu núcleo e através de inúmeras partes, é proporcionar o mais alto nível de qualidade ao menor custo, de maneira mais equitativa, ao maior número de pessoas” (1).

É aceito internacionalmente a pressuposição de que os melhores resultados da atenção à saúde são obtidos através da implantação de diretrizes clínicas para prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de doenças, definidas a partir das melhores evidências científicas disponíveis a cerca da eficiência e efetividade de intervenções (2,3).

O processo diagnóstico é um importante fator envolvido no processo de atenção à saúde. Na prática clínica, a experiência individual tem se mostrado insuficiente para prever de forma satisfatória a probabilidade de doenças, sofrendo influência de erros sistemáticos, como viés de amostragem, viés de saliência e valorização inadequada de características. Dessa forma, objetivando aumentar a certeza em relação à definição de diagnóstico é utilizada estratégia diagnóstica baseada em evidências clínico - epidemiológicas, onde se alia a experiência clínica com estudos válidos de literatura, como estudos transversais com enfoque diagnósticos, revisões sistemáticas dos mesmos e estudos que avaliam escores de predição clínica.

Os exames complementares têm o objetivo de diagnosticar, estimar o prognóstico ou para

avaliar resposta ao tratamento. Na prática clínica diária, no entanto, nem sempre os objetivos estão adequados, ocorrendo muitas vezes, clara dissociação entre a prática não sistemática e a prática baseada em evidências (4).

O aumento dos custos da atenção à saúde e a necessidade de subsidiar tecnicamente a seleção de tecnologias a serem financiadas incrementou a partir de meados dos anos 80 as atividades de avaliação tecnológica em saúde. O uso racional de tecnologia implica a seleção de tecnologias a serem financiadas e a identificação das condições ou subgrupos em que elas deverão ser utilizadas, no sentido de tornar o sistema de saúde mais eficiente para o objetivo de proteger e recuperar a saúde da população. A partir da lei 9656/98 que rege os planos e seguros privados de saúde ampliou-se os limites de cobertura da assistência, devendo ser fornecida atenção integral, ou seja, com ações de prevenção, recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, cobrindo todas as doenças listadas no Código Internacional de Doenças.

Muitos exames solicitados como rotina, como por exemplo, na avaliação pré-operatória em pacientes sem fatores de riscos podem ser desnecessários (5,6), sendo evidenciado em vários estudos não serem benéficos, custos efetivos ou levarem à mudança no manejo clínico (7,8). E, ainda, quando solicitados inadequadamente podem induzir o médico a procurar e tratar anormalidades laboratoriais limítrofes ou falso-positivas (9), acrescer novos procedimentos e riscos para o paciente, além de elevar os custos assistenciais e das implicações médico-legais se não houver investigação adequada (10).

Várias diretrizes clínicas vêm sendo desenvolvidas pela Associação Médica Brasileira e representam uma aplicação criteriosa das evidências de pesquisa à realidade da prática clínica, desde o ano de 2000 e contam atualmente com 200 (11).

Entretanto, muitas diretrizes clínicas possuem limitações, pois não são desenhadas adequadamente para implementação direta na prática, sendo necessário para facilitar o uso medidas como algoritmos, sumários ou formulários de registro médico (12). Diretrizes claras, específicas e desenvolvidas por organizações onde haja processos amplamente legitimados, devem ter mais peso do que diretrizes vagas, inespecíficas e mal documentadas. A necessária contextualização das diretrizes nacionais e mesmo modificação, ocorre por diferentes razões: para envolver e obter sugestões dos médicos que irão utilizá-las; para considerar intervenções mais custo efetivas; para ajustá-las aos recursos locais existentes; para ajustá-las às necessidades da população atendida; para simplificá-las ou atualizá-las. Preocupa, no entanto, a possibilidade das modificações comprometerem a integridade de diretrizes clínicas, prejudicando a obtenção de melhorias esperadas no cuidado a condições específicas (13).

A seleção das diretrizes a serem adotadas pela organização inclui: relevância epidemiológica, custos, potencial de mudança nos resultados de saúde, nível elevado de variação na prática e prevalência de uso de uma tecnologia.

A gestão clínica de um serviço de saúde, seja público ou privado, no esforço de para garantir a qualidade da assistência deve buscar prevenir, detectar e superar três problemas:

- Super-utilização de serviços
- Subutilização de serviços necessários
- Serviços inapropriados

Entende-se que a implementação de Diretrizes Clínicas tem o potencial de contribuir positivamente para a racionalização na prestação de cuidados de saúde, através do direcionamento dos recursos e limitação de variações inapropriadas na prática médica (14).

Estudos demonstram que as Diretrizes Clínicas, como medida educativa passiva, têm obtido pouco sucesso para influenciar na prática médica (15,16). Entretanto, duas meta-análises têm

ressaltado a importância das recomendações médicas na redução destas disparidades (17,18). A estratégia de implementação das Diretrizes Clínicas através da intervenção com visitas realizadas por consultor acadêmico, em nível ambulatorial, conta com um construto teórico bem estabelecido para mudar o comportamento médico (19). Fundamentalmente, o consultor acadêmico, demonstrou mudar a atitude médica e confiança para o rastreamento do câncer de mama por meio de comunicação persuasiva e alterando a cognição através de feedback personalizado e reforços (20). Tradicionalmente empregada por companhias farmacêuticas para divulgar informações técnicas sobre drogas e aumentar a prescrição entre os médicos, o consultor acadêmico tem se mostrado efetivo em muitos estudos em que tem sido avaliado (21,22).

## **METODOLOGIA DE BUSCA**

A coleta de informações foi realizada na Pub Med e Bireme. O fator em estudo é a Implementação de Diretrizes Clínicas e os desfechos são avaliados através do conhecimento e adesão por parte dos médicos cooperados dos protocolos clínicos definidos, com enfoque diagnóstico, antes e após a implementação das Diretrizes Clínicas.

### **Resultado da pesquisa realizada no Pub Med**

#29Search ((#2) AND (#7)) AND (#28)22:49:35209

#28Search ("Cost-Benefit Analysis"[Mesh])22:14:3140060

#7Search ("Diagnostic Techniques and Procedures"[Mesh])22:12:522829634

#2Search ("Practice Guidelines"[Mesh])22:11:0739222

#52Search (#51) AND (#7)07:01:3666

#7Search ("Diagnostic Techniques and Procedures"[Mesh])06:57:232829634

#51Search ((#2) AND (#9)) AND (#50)06:54:59416

#50Search ("Education, Medical, Continuing"[Mesh])06:54:1915444

#9Search ("Quality Assurance, Health Care"[Mesh])06:51:09164426

#2Search ("Practice Guidelines"[Mesh])

### **Resultado da pesquisa realizada Biblioteca Virtual de Saúde: implementation and guidelines**

Ciências da Saúde em Geral (4292)

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (36)

MEDLINE - Literatura Internacional em Ciências da Saúde (3366)

Biblioteca Cochrane (860)

SciELO - Scientific Electronic Library Online (30)

Áreas Especializadas (93)

ADOLEC - Saúde na Adolescência (36)

BDENF - Base de Dados de Enfermagem (1)

DESASTRES - Acervo do Centro de Documentação de Desastres (6)

LEYES - Legislação Básica de Saúde da América Latina e Caribe (1)

MEDCARIB - Literatura do Caribe em Ciências da Saúde (12)

REPIDISCA - Literatura em Engenharia Sanitária e Ciências do Ambiente (37)

Organismos Internacionais (111)

PAHO - Acervo da Biblioteca da Organização Pan-Americana da Saúde (16)

WHOLIS - Sistema de Informação da Biblioteca da OMS (95)

LIS- Localizador de Informação em Saúde (12)

Documentos do site (1)

**Resultado da pesquisa refinada na Biblioteca Cochrane BVS:** implementation and guidelines and diagnosis

Ciências da Saúde em Geral (573)

MEDLINE - Literatura Internacional em Ciências da Saúde (322)

Biblioteca Cochrane (250)

SciELO - Scientific Electronic Library Online (1)

Áreas Especializadas (7)

ADOLEC - Saúde na Adolescência (7)

Organismos Internacionais (4)

PAHO - Acervo da Biblioteca da Organização Pan-Americana da Saúde (2)

WHOLIS - Sistema de Informação da Biblioteca da OMS (2)

**Pesquisa na Biblioteca Cochrane:** implementation and guidelines and diagnosis - 250 encontrado(s)

Revisões Sistemáticas da Cochrane (0 de 4655)

Registro Cochrane de Ensaio Controlado (CENTRAL/CCTR) (46 de 489167)

Registro Cochrane de Metodologia (1 de 9048)

Sobre a Colaboração Cochrane (6 de 90)

Resumos do INAHTA e de outras agências de Avaliação de Tecnologias em Saúde (12 de 6358)

Avaliações Econômicas da NHS (185 de 20292)

**Pesquisa na Biblioteca Virtual em Saúde:** “academic detailing” (252); “outreach visits” (366)

## **ROTEIRO DA REVISÃO DA LITERATURA**

**1. A aplicação educacional das Diretrizes Clínicas** possibilita aos médicos a oportunidade de conhecer informações mais atuais e relevantes, sobre determinada condição clínica.

**2. A importância da qualidade das DC, a adequada contextualização e a adesão dos médicos para a prática das Diretrizes Clínicas.**

**3 Estratégias de implementação de Diretrizes Clínicas:** correspondência eletrônica (internet), oficinas iterativas, múltiplas intervenções, participação dos riscos, consultor acadêmico.

**4. A incorporação da análise econômica na prática de Diretrizes Clínicas** pode contribuir para o uso apropriado dos recursos.

## **MÉTODOS**

### **5.1 LOCAL DO ESTUDO**

O plano de saúde em estudo é a cooperativa de serviços médicos UNIMED Porto Alegre. Foi fundada em 23 de dezembro de 1971, sendo formada inicialmente por 30 médicos. Participa como singular no Sistema Unimed do Brasil.

É um sistema amplo e simples de assistência privada onde o usuário é livre para escolher o

médico de sua preferência, entre os associados. A UNIMED Porto Alegre tem contratos de assistência médica, hospitalar e de serviços com pessoas físicas, empresas particulares, industriais ou comerciais, entidades bancárias, fundações, autarquias e repartições de administração pública. Além disso, mantém intercâmbio com as demais cooperativas espalhadas por todo o Brasil e países do Mercosul, o que possibilita o atendimento do beneficiário na localidade.

Atualmente a UNIMED Porto Alegre conta com 5.800 médicos cooperados, abrangendo 60 especialidades, com mais de 340 pontos de atendimento entre hospitais, laboratórios e clínicas. A cooperativa abrange 90% dos médicos especializados, atende 400 mil beneficiários e conta com 3 mil empresas contratantes.

Unimed possui como área de atuação os municípios de Porto Alegre, Canoas, Esteio, Cachoeirinha, Gravataí, Alvorada, Sapucaia do Sul, Osório e Viamão, além da região do Litoral Norte do Estado (Arroio do Sal, Capão da Canoa, Cidreira, Imbé, Maquiné, Tramandaí, Mostardas, Palmares do Sul, Torres, Três Cachoeiras e Xangri-lá, entre outras).

Possui um banco de dados e um sistema operacional “Business Intelligent” que permite acesso aos dados de forma fácil, segura, rápida, e o desenvolvimento de informações importantes para o gerenciamento da atenção à saúde da população de usuários.

## **5.2 IMPLEMENTAÇÃO DE DIRETRIZES NA UNIMED PORTO ALEGRE**

A partir da avaliação do processo de atendimento médico são identificados temas relevantes para a prática clínica e assistência aos usuários, que possuam abordagem diagnóstica. É formado grupo de trabalho multidisciplinar de médicos cooperados, das especialidades envolvidas no manejo, se identificam perguntas relevantes sobre o tema e a existência de Diretrizes Clínicas da Associação Médica Brasileira/Conselho Federal de Medicina, se buscam evidências na literatura nacional e internacional, faz-se avaliação crítica dos artigos com critérios de inclusão, elaboração de algoritmo e definição de indicadores. A utilização de algoritmos é estimulada para que as recomendações sejam de mais fácil implementação. Essas recomendações apresentam o nível de evidência de cada recomendação. O acesso à biblioteca Cochrane é estimulada durante a busca de dados.

Após, concluídas as recomendações baseadas em evidências científicas sobre o tema definido e que não contenham discordância com as Diretrizes Clínicas da AMB/CFM, estas são colocadas no site da Unimed Porto Alegre, no Cooperado on line, para consulta pública junto aos médicos cooperados. Posteriormente é realizada oficina com todos os médicos especialistas envolvidos com o tema e manejo das situações clínicas. Neste encontro são então discutidas, sendo convidados a participar as Sociedades de Especialidades, sofrem alterações, conforme evidências científicas, e finalmente são legitimadas.

Os novos médicos cooperados participam de Encontro de orientação sobre o funcionamento e estatutos da Cooperativa, onde tomam conhecimento das Diretrizes já existentes e sobre a importância da implementação, assim como, da sua participação na definição de novas Diretrizes.

Nesta Pesquisa será utilizada a Diretriz de Assistência Pré-natal da Associação Médica Brasileira de 2006.

## **5.3 DELINEAMENTO DO ESTUDO**

Será utilizado o delineamento de Ensaio Clínico Randomizado (ECR) em que se tentará estabelecer que a intervenção do consultor médico visitador na implementação de Diretrizes

Clínicas com enfoque diagnóstico é causa contributória para um impacto sobre a prática médica (desfecho), avaliado através da adesão às práticas preconizadas e do conhecimento do conteúdo das mesmas.

### **Amostra**

Utiliza-se para formação dos grupos de intervenção e controle, médicos e especialidades selecionadas dentre os cerca de 5.800 cooperados da Unimed Porto Alegre.

A amostra será aleatória simples. Será realizado, inicialmente, um estudo piloto para verificar possíveis falhas e necessidades para a pesquisa propriamente.

Foi escolhido, para realizar um estudo piloto, um protocolo clínico já desenvolvido, por um grupo multidisciplinar de médicos cooperados, e legitimado sobre “Avaliação e Cuidados Pré-operatórios em Cirurgia Eletiva”. Neste piloto será avaliado o conhecimento do protocolo e a adesão ao mesmo e quanto ao pedido de exames de KTTP e TP em cirurgias de pequeno porte realizadas em nível ambulatorial, em pacientes adultos, antes e após a apresentação do protocolo. O grupo de intervenção, no estudo piloto, será constituído de 18 médicos cooperados da especialidade de cirurgia geral que receberá a visita de um consultor acadêmico (academic detailing) e um grupo controle, com mesmo número de componentes, que receberá o protocolo por mala direta. A escolha dos grupos será feita por randomização do total de 489 cirurgias gerais, atuantes na área de Porto Alegre, e o registro será mantido pela matrícula do cooperado na Cooperativa, sem permitir o reconhecimento do mesmo, o que garante o cegamento.

A população alvo do ECR propriamente será os médicos da especialidade de Ginecologia e Obstetrícia para avaliar a utilização do protocolo de Assistência Pré-natal da Associação Médica Brasileira.

Tempo de seguimento da pesquisa: 3 meses após o recebimento da intervenção, visita pelo consultor médico e material educativo por mala direta.

### **Crítérios de inclusão**

Os sujeitos da pesquisa serão todos os médicos cooperados obstetras que irão utilizar a Diretriz selecionada e que tenham atendido partos no período de 3 meses anteriores as intervenções e com consultório na cidade de Porto Alegre.

#### **5.3.3 Crítérios de exclusão**

Médicos que não atendem em consultórios em Porto Alegre.

### **Medidas**

As variáveis a serem utilizadas são as seguintes:

Idade do médico cooperado

Sexo do médico cooperado

Ano de formatura do médico cooperado

Ano(s) de atuação como médico cooperado

Média do número de exames solicitados, número de médicos que solicitam, antes e após a implementação da Diretriz.

Conhecimento da Diretriz Clínica e seu conteúdo, relato da prática clínica, avaliado através de questionário.

#### **5.3.4 Coleta de dados**

Os dados serão coletados no banco de dados da Unimed Porto Alegre utilizando dados secundários. Na entrevista ao médico cooperado será utilizado dado primário.

#### **5.3.5 Estudo piloto**

Será realizado um estudo piloto com 18 casos para aplicar e validar o instrumento utilizado.

## **5.4 ANÁLISE DOS DADOS**

Será apresentada estatística descritiva: média e desvio padrão para variáveis contínuas e percentuais para variáveis categóricas.

A entrada de dados será realizada através do programa Excel e a análise pelo programa SPSS.

Ao ser realizada análise bivariada será apresentada o teste quiquadrado para análise de variáveis categóricas e teste t de student para variáveis contínuas. O valor de p menor que 0,05 será considerado estatisticamente significativo.

## **Questionário**

Questionário terá um padrão para avaliar o conhecimento do conteúdo da Diretriz implementada.

### **Aferição**

Estudo piloto (pré-teste dos instrumentos)

Manual e treinamento dos dois consultores acadêmicos e supervisão adequada dos mesmos (semanal)

### **5.4.3 Logística**

Serão utilizados 2 consultores acadêmicos, treinados para divulgação do protocolo proposto. Eles irão visitar os médicos cooperados que forem randomizados para o estudo para o grupo do consultor médico visitador. Irão aplicar o questionário padrão e entregarão material educativo contendo a Diretriz Clínica impressa e resumo científico sobre o tema em foco.

A Diretriz de Assistência Pré-natal, juntamente com resumo científico, igual ao entregue aos médicos do grupo consultor médico visitador, será enviada pelo correio, ao grupo da mala direta. O questionário padrão de avaliação sobre o conhecimento do conteúdo da Diretriz e da prática desenvolvida será aplicado por dois médicos participantes de uma Comissão de Apoio e orientação chamada “Projeto Compromisso”.

## **QUESTÕES ÉTICAS**

Não será necessária identificação individual de pacientes nem médicos na pesquisa proposta e não será realizado nenhum procedimento que exponha a risco ou que invada os direitos tanto dos pacientes quanto dos médicos constituintes da amostra a ser analisada.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (protocolo número 2007792) e preenchido um formulário identificando um termo de compromisso que caracteriza a não utilização desses dados com outros propósitos que não o de pesquisa.

Termo de Consentimento Informado para as visitas recebidas nos consultórios médicos e realizadas por consultores acadêmicos, assinado por cada um dos cooperados visitados conforme anexo.

## **VII. CRONOGRAMA**

2007	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Elaboração dos Protocolos	x	x	x	X						
Encaminhar Comitê de Ética						X				
Piloto							x			
Coleta de dados Projeto Piloto								x	x	x

2008	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Coleta de dados Pesquisa		x	x	x						
Entrada de dados no computador					x	x	x	x	x	
Análise dos dados da Pesquisa										x
Relatório e artigo científico										x
Defesa Tese										x

### RECURSOS NECESSÁRIOS

Computador portátil

Software SPSS

Papel

Cartucho

Cópias xerográficas

Cópias de artigos científicos

Transporte

Acesso à Internet

Consultor acadêmico visitador (R\$ 46,00 cada visita): financiado pela Unimed Porto Alegre



Jeton para o médico visitado (R\$ 46,00 cada visita): financiado pela Unimed Porto Alegre  
Correio para envio de correspondências: financiado pela Unimed Porto Alegre  
Estimativa de gasto de R\$ 30.000,00, parte financiada pelo aluno, gerados pelo custo da realização do mestrado, e parte pela Unimed Porto Alegre, gerado pelo custo da implantação da estratégia de implantação de Diretrizes Clínicas. O gasto do Projeto Piloto, unicamente com as visitas, é de R\$ 3.772,00, devendo ser acrescido dos custos com correspondência e transporte dos consultores acadêmicos visitantes. O gasto com as visitas na Pesquisa depende do número total necessária para amostra.

## Referências

1. Donabedian A. *The epidemiology of Quality*. Inquiry, v.22 n.3: 282-292, 1985.
2. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach. Improving Primary Care for patients with chronic illness. JAMA 2002; 288:1755-1799.
3. Grimshaw JM, Russel IT. Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluation. Lancet 1993; 342:1317-1322.
4. Jáeschaker R. How to use one article about a diagnostic test. What are results they help me in caring for my patients. JAMA 1994.
5. Kaplan EB, Scheiner LB, Boeckmann AJ, et al. The usefulness of preoperative laboratory screening. JAMA 1985; 53:3576-3581.
6. Mancuso CA. Impact of new guidelines on physicians ordering od preoperative tests. J Gen Intern Med 1999;14:166-172.
7. Thurnbull JM, Buck C. The value of preoperative screening investigations in otherwise healthy individuals. Arch Intern Med 1987; 147:1101-1105.
8. Narr BJ, Hansen TR, Warner MA. Preoperative laboratory screening in healthy Mayo patients: cost effective elimination of tests and unchanged outcomes. Mayo Clin Proc 1991; 66:155-159.
9. Roizen MF, Kaplan EB, Schreider BD et al. The relative roles of the history and physical examination an laboratory testing in preoperative for outpatient surgery: the “starling” curve in preoperative laboratory testing. Anesthesiol Clin North Am 1987; 5:15.
10. Myers LM. Preoperative Evaluation. Jacksonville Medicine, 1998; page 1,December.
11. www.projetoDiretrizes.org.br, acessado em 20 de agosto 2007.
12. United States General Accounting Office (US GAO). *Practice Guidelines:Managed Care Plans Customize Guidelines to Meet Local Interests*. Washington, DC: United States General Accounting Office, Health, Education, and Human Services Division, 1996, 16p. (GAO/HEHS-96-95).
13. Grimshaw JM, Hutchinson A. Clinical practice guidelines: do they enhance value for money in health care? *Br Med Bull* 1995; 51:927-940.
14. White K. L. Information for health care: an epidemiological perspective. Inquiry - The Journal of Health Care Organization, Provising and Financing, 1980,17:296-312.
15. Greco PJ, Eisenberg JM. Changing physicians' practices. *N Engl J Md* 1994; 17: 1271-3.
16. McPhee SJ, Bird JA, Jenkins CNH, Fordham D. Promoting cancer screening: a randomized, controlled trial of three interventions. *Arch Intern Med* 1989; 149: 1866-72.
17. Mandelblatt JS, Yabroff KR. Effectiveness of interventions designed to increase mammography use: a meta-analysis of provider-targeted strategies. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 1999; 8: 759-67.
18. Legler J, Meissner HI, Coyne C, Breen N, Chollette V, Rimer BK. The effectiveness of

interventions to promote mammography among women with historically lower rates of screening. *Cancer Epidemiol Biomark Prev* 2002; 11: 59-71.

19. Honda K, Sheinfeld Gorin S. A model of stage of change to recommend colonoscopy among urban primary care physicians. *Health Psychol* 2006; 25: 65-73.

20. Gorin SS, Ashford AR., Lantigua R et al. Academic detailing - Effectiveness of Academic Detailing on Breast Cancer Screening among Primary Care Physicians in an Underserved Community. Posted 03/08/2006.

21. Thomson O'Brien MA, Oxman AD, Davis DA, Haynes RB, Freemantle N, Harvey EL. Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database System Rev* 2000; 2: CD000409.

22. Goldstein MG, Niaura R, Willey C, et al. An academic detailing intervention to disseminate physician-delivered smoking cessation counseling: smoking cessation outcomes of the Physicians Counseling Smokers Project. *Prev Med* 2003; 36: 185-96.

## Ficha catalográfica da Tese

**F681n S586i** Silva, Jussara Munaretto

Implementação de uma diretriz clínica baseada em consultor médico visitador em uma cooperativa médica / Jussara Munareto Silva ; orient. Ronaldo Bordin ; co-orient. Airton Tetelbom Stein. – 2009.  
91 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Porto Alegre, BR-RS, 2009.

1. Educação médica continuada 2. Garantia da qualidade dos cuidados de saúde 3. Guias de prática clínica como assunto 4. Assistência à saúde 5. Guia de prática clínica I. Bordin, Ronaldo II. Título.

NLM: W 20