

Avaliação Situacional de Protocolos Assistenciais do SUS (ASPAS): Um Estudo de Inquérito

Situational Assessment of SUS Assistance Protocols (ASPAS): A Survey Study

Evaluación Situacional de los Protocolos de Asistencia del SUS (ASPAS): Un Estudio de Encuesta

RESUMO

Os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDTs) são documentos que orientam o diagnóstico, tratamento e monitoramento de condições pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo deste estudo foi identificar as percepções dos profissionais usuários dessas diretrizes nos Estados e Municípios. Trata-se de um estudo transversal. A amostra compreendeu secretários estaduais e municipais de saúde, gestores ligados à atenção especializada e regulação, superintendentes, diretores e coordenadores de assistência farmacêutica. Dados sociodemográficos dos participantes e suas percepções acerca da implementação de PCDT foram coletados via questionário online. 108 participantes completaram os questionários, declarando conhecer os PCDTs (99,1%, n=107) e confiar muito neles (86,1%, n=93). A maioria dos respondentes acredita haver barreiras para a implementação de diretrizes no SUS (84,6%, n=88), sendo as principais de infraestrutura, de recursos humanos e logística/financeira. Apesar da baixa adesão à pesquisa, este trabalho apresenta relevância para políticas públicas e contribui para suprir a escassez de estudos sobre a implementação de PCDTs.

DESCRIPTORES: Protocolos Clínicos; Ciência da Implementação; Serviços de Saúde; Inquéritos e Questionários; Inquéritos Epidemiológicos.

ABSTRACT

Clinical Protocols and Therapeutic Guidelines (CPTGs) are documents that guide the diagnosis, treatment, and monitoring of conditions by the Unified Health System (SUS). The objective of this study was to identify the perceptions of professionals who use these guidelines in the States and Municipalities. This is a cross-sectional study. The sample included state and municipal health secretaries, managers linked to specialized care and regulation, superintendents, directors, and coordinators of pharmaceutical assistance. Sociodemographic data of the participants and their perceptions about the implementation of CPTGs were collected via an online questionnaire. 108 participants completed the questionnaires, stating that they were aware of the CPTGs (99.1%, n=107) and that they trusted them a lot (86.1%, n=93). Most respondents believed that there were barriers to the implementation of guidelines in the SUS (84.6%, n=88), the main ones being infrastructure, human resources and logistics/financial. Despite the low participation in the research, this work is relevant to public policies and contributes to filling the gap in studies on the implementation of CPTGs.

DESCRIPTORS: Clinical Protocols; Implementation Science; Health services; Surveys and Questionnaires; Health Surveys.

RESUMEN

Los Protocolos Clínicos y Directrices Terapéuticas (PCDT) son documentos que orientan el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de enfermedades por parte del Sistema Único de Salud (SUS). El objetivo de este estudio fue identificar las percepciones de los profesionales que utilizan estas directrices en los Estados y Municipios. Se trata de un estudio transversal. La muestra incluyó secretarios de salud estatales y municipales, gestores vinculados a la atención especializada y regulación, superintendentes, directores y coordinadores de asistencia farmacéutica. Los datos sociodemográficos de los participantes y sus percepciones sobre la implementación del PCDT se recopilaron mediante un cuestionario en línea. 108 participantes completaron los cuestionarios, afirmando que conocían los PCDT (99,1%, n=107) y confiaban

mucho en ellos (86,1%, n=93). La mayoría de los encuestados cree que existen barreras para la implementación de directrices en el SUS (84,6%, n=88), siendo las principales de infraestructura, recursos humanos y logística/financiera. A pesar de la baja participación en la investigación, este trabajo es relevante para las políticas públicas y contribuye a llenar el vacío en los estudios sobre la implementación de los PCDT.

DESCRIPTORES: Protocolos Clínicos; Ciencia de la implementación; Servicios de salud; Encuestas y Cuestionarios; Encuestas de salud.

RECEBIDO EM: 09/03/2025 APROVADO EM: 24/03/2025

Como citar este artigo: Farinasso CM, Viscondi JYK, Lucchetta RC, Junior HAO. Avaliação Situacional de Protocolos Assistenciais do SUS (ASPAS): Um Estudo de Inquérito. Saúde Coletiva (Edição Brasileira) [Internet]. 2025 [acesso ano mês dia];15(95):15728-15751. Disponível em: DOI: 10.36489/saudecoletiva.2025v15i95p15728-15751



Cecília Menezes Farinasso

Farmácia, MSc, Pesquisadora, Hospital Alemão Oswaldo Cruz.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3612-4422>



Juliana Yukari Kodaira Viscondi

Matemática, MSc, PhD, Pesquisadora, Hospital Alemão Oswaldo Cruz.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2641-0887>



Rosa Camila Lucchetta

Farmácia, MSc, PhD, Gerente de Pesquisa e Projetos, Hospital Alemão Oswaldo Cruz.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4004-1320>



Haliton Alves de Oliveira Junior

Farmácia, MSc, PhD, Diretor de Responsabilidade Social, Hospital Alemão Oswaldo Cruz.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0289-4947>

INTRODUÇÃO

Diretrizes clínicas são um conjunto de recomendações práticas acerca do diagnóstico, tratamento e acompanhamento de uma condição em saúde, formuladas com base nas melhores evidências científicas disponíveis¹. Gestores e profissionais de saúde que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS) são orientados seguir os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT)². Assim, no âmbito do funcionamento do SUS, o acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica implica que as prescrições médicas estejam de acordo com a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e os PCDTs, ou com lista complementar dos Estados e municípios³.

O órgão responsável por elaborar e disponibilizar PCDTs é o Ministério da Saúde³. Dessa maneira, no Brasil, o termo “diretrizes clínicas” se torna intercambiável com “protocolo”, por

se tratar de um documento normativo, com papel regulatório no SUS⁴. Contudo, uma vez que o Ministério da Saúde publica o PCDT, é esperado que os Estados e municípios passem a seguir o novo documento, cabendo a eles a implantação de ações de divulgação, treinamento e/ou educação contínua dos profissionais. Assim, da parte do Ministério da Saúde, não há um acompanhamento formal do grau de implementação dos PCDTs, tampouco das barreiras e facilitadores do seu cumprimento.

Existem iniciativas para avaliar conhecimentos, atitudes e práticas relacionadas a protocolos clínicos de câncer de mama (México)⁵, indução do parto (Nova Zelândia)⁶ ou controle e prevenção de infecções (Irlanda)⁷. No contexto brasileiro, houve iniciativas menores para investigar a implementação de diretrizes: uma dessas iniciativas usou o método de políticas informadas por evidências para discutir barreiras à implementação das diretrizes de assis-

tência ao parto normal⁸; outro estudo usou um questionário e análise temática para observar as barreiras para implementação das diretrizes de detecção precoce de câncer de mama e de colo do útero⁹. Projetos em campo também foram identificados, como foi o caso da proposta de educação continuada sobre os protocolos de prevenção da transmissão vertical do HIV/AIDS, Sífilis e Hepatites virais¹⁰. Ademais, outro estudo investigou a adesão ao PCDT de Doença de Parkinson por meio de questionário direcionado aos prescritores e avaliação de suas prescrições¹¹.

Entretanto, do nosso conhecimento, o estudo avaliação situacional de protocolos assistenciais do SUS (ASPAS) é o primeiro a investigar a implementação de PCDTs com abrangência nacional. Portanto, o objetivo deste inquérito foi conhecer a utilização dos PCDTs na gestão estadual e municipal após sua publicação pelo Ministério da Saúde, assim como identificar a per-

cepção dos atores envolvidos sobre os facilitadores e as barreiras para sua implementação.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal do tipo inquérito, realizado por meio online. Adotou-se a ferramenta *Consensus-Based Checklist for Reporting of Survey Studies* (CROSS)¹² para relato da presente pesquisa. O estudo ASPAS foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Alemão Oswaldo Cruz (CAAE: 53806821.9.0000.0070).

Contexto

Foram feitas reuniões preliminares com Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) para avaliação e aprovação dos questionários de pesquisa e priorização dos PCDTs específicos a serem avaliados. Desse modo, além da avaliação global dos PCDTs como política, três PCDTs foram priorizados: PCDT de profilaxia de tromboembolismo venoso (TEV) em gestantes com trombofilia; PCDT de artrite reumatoide (AR); PCDT de doença macular relacionada à idade (DMRI).

Fonte de dados

Foram formulados sete questionários eletrônicos, a saber: i) caracterização sociodemográfica, ii) avaliação de implementação de diretrizes para secretários de saúde (grupo 1); iii) para superintendentes, diretores e coordenadores das áreas regulatórias e de atenção especializada (grupo 2); iv) para superintendentes, diretores e coordenadores de assistência farmacêutica (grupo 3); v-vii) avaliação de implementação dos PCDTs específicos. Os formulários de 'v' a 'vii' destinaram-se a superintendentes, diretores e coordenadores de assistência farmacêutica. Os questionários completos estão dis-

poníveis na plataforma Open Science Framework para consulta¹³.

O inquérito foi aplicado por meio da Plataforma RedCap®. Uma vez que a plataforma permite que o participante inicie o preenchimento e retorne em outro momento, foram enviados lembretes periódicos para o preenchimento (via Plataforma RedCap®), além de ações de sensibilização da importância da pesquisa (via e-mail, aplicativos de mensagens e reuniões virtuais). A pesquisa ficou disponível entre dezembro de 2022 e agosto de 2023.

Amostragem

A amostra foi de conveniência mediante convite a atores dos três grupos supracitados das 27 unidades federativas do Brasil. Para o presente estudo, não foi realizado cálculo formal do tamanho amostral.

Análise de resultados

Uma análise descritiva das respostas foi realizada, estratificada por grupo de estudo. Os resultados são apresen-

tados como frequência de ocorrência (absoluta e porcentagem) para as variáveis categóricas, enquanto os dados quantitativos contínuos são descritos por meio de médias e desvios-padrão.

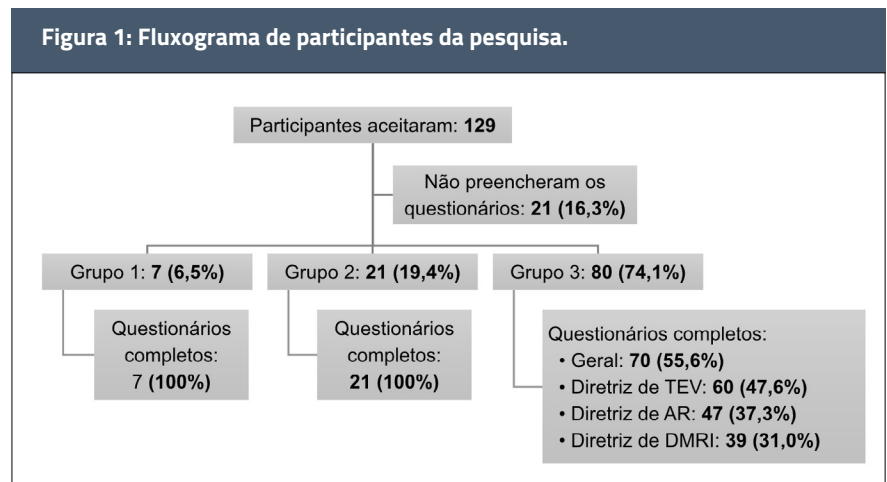
Como se trata de um estudo de registro e exploratório, em várias questões associadas à implementação de PCDT não foram realizadas associações estatísticas atreladas a hipóteses pré-definidas.

Todas as análises foram desenvolvidas utilizando o software Stata® 13.0 (StataCorp LP, College Station, Texas USA).

RESULTADOS

No total, 129 indivíduos participaram da pesquisa e 108 preencheram os questionários completamente (Figura 1). Considerou-se como “respondente” aquele participante que enviou o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e completou os questionários.

Figura 1: Fluxograma de participantes da pesquisa.



Os participantes tinham em média 40,7 anos de idade (DP: 8,1), eram predominantemente mulheres (68,5%, n=74), de cor autodeclarada branca (72,2%, n=78) ou parda (20,4%, n=22), casado(a) (60,2%, n=65), com especialização (60,2%, n=65) ou mestrado (17,6%, n=19),

renda mensal entre 5 e 10 salários-mínimos (47,2%, n=51) e trabalhavam, principalmente, em São Paulo (17,6%, n=19), Minas Gerais (14,8%, n=16), Santa Catarina (12,0%, n=13), Paraná (9,3%, n=10) e Rio Grande do Sul (7,4%, n=8) (Tabela 1).

Tabela 1: Características sociodemográficas dos participantes.

	Secretário Estadual / Municipal N, %	Áreas especializadas / regulatórias N, %	Assistência Farmacêutica N, %	Total N, %
N (%)	7 (6,5)	21 (19,4)	80 (74,1)	108 (100)
Idade - média (dp)				
Calculada pelo RedCap, em anos	41,6 (8,4)	42,4 (10,0)	40,2 (7,5)	40,7 (8,1)
Gênero				
Masculino	5 (71,4)	9 (42,9)	20 (25,0)	34 (31,5)
Feminino	2 (28,6)	12 (57,1)	60 (75,0)	74 (68,5)
Cor/raça				
Branca	5 (71,4)	17 (81,0)	56 (70,0)	78 (72,2)
Preta	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (5,0)	4 (3,7)
Pardo	2 (28,6)	4 (19,0)	16 (20,0)	22 (20,4)
Amarelo	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (5,0)	4 (3,7)
Estado civil				
Solteiro	2 (28,6)	4 (19,1)	23 (28,8)	29 (26,9)
Casado ou união estável	4 (57,1)	13 (61,9)	48 (60,0)	65 (60,2)
Divorciado ou separado	1 (14,3)	2 (9,5)	9 (11,2)	12 (11,1)
Viúvo	0 (0,0)	2 (9,5)	0 (0,0)	2 (1,8)
Nível de escolaridade				
Superior incompleto	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Superior completo	2 (28,6)	1 (4,8)	10 (12,5)	13 (12,0)
Especialização	3 (42,8)	13 (61,9)	49 (61,2)	65 (60,2)
Mestrado	0 (0,0)	1 (4,8)	18 (22,5)	19 (17,6)
Doutorado	2 (28,6)	6 (28,5)	3 (3,8)	11 (10,2)
Renda mensal (considerando o salário-mínimo de R\$ 1.100,00)				
Entre 1 e 5 salários-mínimos	3 (42,9)	3 (14,3)	32 (40,0)	38 (35,2)
Entre 5 e 10 salários-mínimos	3 (42,9)	8 (38,1)	40 (50,0)	51 (47,2)
Entre 10 e 15 salários-mínimos	0 (0,0)	4 (19,0)	7 (8,8)	11 (10,2)
Acima de 15 salários-mínimos	1 (14,2)	6 (28,6)	1 (1,2)	8 (7,4)
Cargo que ocupa dentro da Secretaria de Saúde				
Secretário Estadual e Municipal	3 (42,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (2,7)
Diretor	1 (14,3)	2 (9,5)	3 (3,8)	6 (5,6)
Coordenador	2 (28,6)	5 (23,8)	17 (21,2)	24 (22,2)
Gerente	0 (0,0)	1 (4,8)	5 (6,2)	6 (5,6)
Outro	1 (14,3)	13 (61,9)	55 (68,8)	69 (63,9)

Legenda: DP = desvio padrão. N = tamanho da amostra.

Artigo Original

Farinasso CM, Viscondi JYK, Lucchetta RC, Junior HAO
Avaliação Situacional de Protocolos Assistenciais do SUS (ASPAS): Um Estudo de Inquérito

Os três grupos declaram conhecer os PCDTs/DDTs (99,1%, n=107) e confiar muito nas diretrizes publicadas pelo Ministério da Saúde (86,1%, n=93). Além disso, a maioria acredita que tanto Ministério da Saúde (86,5%, n=90), quanto Estados seriam responsáveis pelo apoio logístico para a implementação das diretrizes (79,8%, n=83). Parte significativa dos respondentes entende que os PCDTs/DDTs são capazes de lidar com a com-

plexidade da assistência oncológica no seu estado/município/serviço da forma como são (63,0%, n=68). Além disso, a minoria sente que a Secretaria Estadual / Municipal de Saúde dispõe dos recursos humanos e financeiros necessários para implementar (25,0%, n=26) e acredita que as ações judiciais podem aumentar após a implementação de uma nova diretriz (26,9%, n=28) (Tabela 2). A minoria dos respondentes não acredita que os PC-

DTs estão alinhados com as realidades locais (30,8%, n=32), principalmente devido a demanda (29,0%, n=30) e judicialização (29,0%, n=30). Ademais, os respondentes afirmaram haver diferenças entre o que é previsto e o “mundo real” (90,4%, n=94), principalmente devido ao desabastecimento (71,3%, n=67) e à dificuldade para realização dos exames com a periodicidade requerida (69,1%, n=65).

Tabela 2: Percepção dos secretários estaduais, municipais, profissionais de áreas especializadas, regulatórias e gestores de assistência farmacêutica sobre PCDT e DDT.

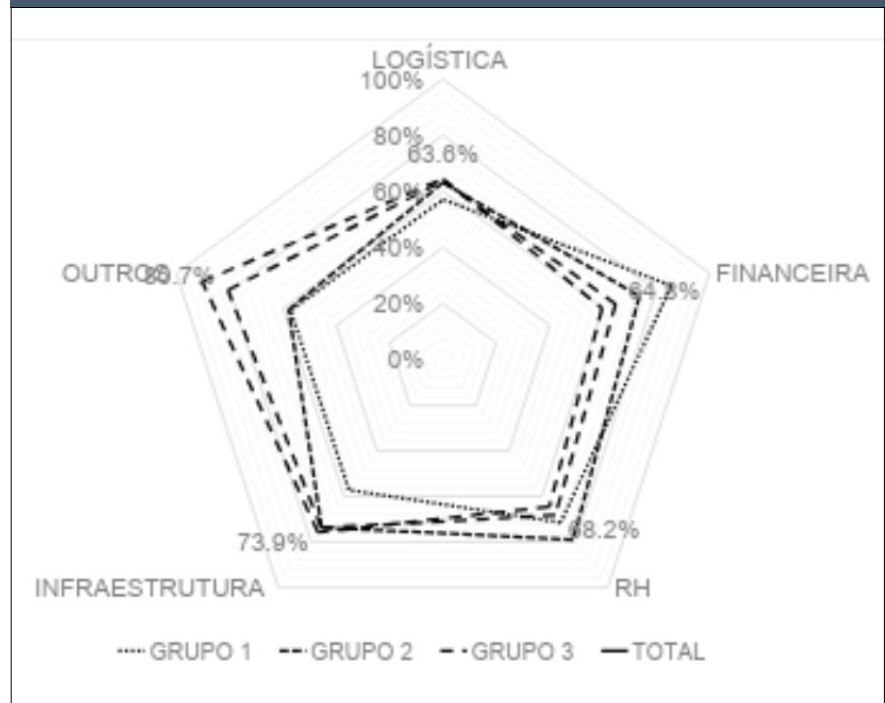
Respostas	Grupo 1: Secretário Estadual/ Municipal (n=7; 6,5%)	Grupo 2: Áreas especializadas/ regulatórias (n=21; 19,4%)	Grupo 3: Gestores de Assistência Farmacêutica (n=80, 74; 1%)	Total (n=108)
Conhece os PCDT/DDT publicados pelo Ministério da Saúde	7 (100,0%)	21 (100,0%)	79 (98,8%)	107 (99,1%)
Entende como são elaborados os PCDT/DDT publicados pelo Ministério da Saúde	3 (42,9%)	17 (81,0%)	62 (77,5%)	82 (75,9%)
Entende que as DDT, da forma como são, são capazes de lidar com a complexidade da assistência oncológica no seu estado/ município/serviço	7 (100,0%)	17 (81,0%)	44 (55,0%)	68 (63,0%)
Entende que os PCDT, da forma como são, são capazes de lidar com a complexidade da assistência à saúde de seu estado/ município/serviço	7 (100,0%)	20 (95,2%)	74 (92,5%)	101 (93,5%)
Confia muito nos PCDT/DDT publicados pelo Ministério da Saúde	4 (57,1%)	18 (85,7%)	71 (88,8%)	93 (86,1%)
Confia pouco nos PCDT/DDT publicados pelo Ministério da Saúde	3 (42,9%)	2 (9,5%)	3 (3,8%)	8 (7,4%)
Acredita que os papéis e as responsabilidades dos atores envolvidos com a implementação dos PCDT/DDT publicados pelo Ministério da Saúde estão bem delineados	6 (85,7%)	20 (95,2%)	59 (74,7%)	85 (79,4%)
Percebe que melhorou muito o impacto dos PCDT e das DDT na saúde da população atendida	4 (57,1%)	13 (61,9%)	32 (40,5%)	49 (45,8%)
Percebe que melhorou pouco o impacto dos PCDT e das DDT na saúde da população atendida	3 (42,9%)	5 (23,8%)	29 (36,7%)	37 (34,6%)
Acredita que os PCDT e as DDT publicadas pelo Ministério da Saúde podem ser implementadas	7 (100,0%)	21 (100,0%)	76 (100,0%)	104 (100,0%)
Identifica diferenças entre o que é recomendado no PCDT/DDT e o que é disponibilizado pelo SUS	7 (100,0%)	20 (95,2%)	67 (88,2%)	94 (90,4%)
Motivos para as diferenças entre recomendação e disponibilização	5 (71,4%)	12 (60,0%)	50 (74,6%)	67 (71,3%)
Por desabastecimento	3 (42,9%)	13 (65,0%)	49 (73,1%)	65 (69,1%)
Por dificuldade para realização dos exames de acordo com a periodicidade estabelecida	4 (57,1%)	14 (70,0%)	33 (49,3%)	51 (54,3%)
Por falta de verba estadual para compra das tecnologias contempladas na diretriz	3 (42,9%)	10 (50,0%)	38 (56,7%)	51 (54,3%)

Por não oferta ou indisponibilidade teste diagnóstico	5 (71,4%)	19 (90,5%)	66 (86,8%)	90 (86,5%)
Acredita que o Ministério da Saúde seria responsável pelo apoio logístico para a implementação da diretriz	6 (85,7%)	14 (66,7%)	63 (82,9%)	83 (79,8%)
Acredita que o Estados seriam responsáveis pelo apoio logístico para a implementação da diretriz	1 (14,3%)	7 (33,3%)	18 (23,7%)	26 (25,0%)
Sente que a SES/SMS dispõe dos recursos humanos e financeiros necessários para implementar a diretriz	5 (71,4%)	6 (28,6%)	30 (39,5%)	41 (39,4%)
Não sente que a SES/SMS dispõe nem de recursos humanos, nem de recursos financeiros necessários para implementar a diretriz	3 (42,9%)	7 (33,3%)	39 (51,3%)	49 (47,1%)
Acredita que o PCDT está alinhado com as prioridades locais	3 (42,9%)	8 (38,1%)	21 (27,6%)	32 (30,8%)
Não acredita que o PCDT está alinhado com as prioridades locais	2 (28,6%)	15 (71,4%)	54 (71,1%)	71 (68,3%)
Acredita que implementar um PCDT/DDT é muito complexo	4 (57,1%)	4 (19,0%)	21 (27,6%)	29 (27,9%)
Não acredito que implementar um PCDT/ DDT é muito complexo	3 (42,9%)	5 (23,8%)	20 (26,3%)	28 (26,9%)
Acredita que as ações judiciais podem aumentar após a implementação de uma nova diretriz	3 (42,9%)	10 (47,6%)	40 (52,6%)	53 (51,0%)
Não acredita que as ações judiciais podem aumentar após a implementação de uma nova diretriz	1 (14,3%)	5 (23,8%)	16 (20,3%)	22 (20,6%)
Durante o processo de elaboração do PCDT/DDT, costuma participar da consulta pública	1 (14,2)	6 (28,6)	1 (1,2)	8 (7,4)

Legenda: DDT = Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas; PCDT = Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas; SES = Secretaria Estadual de Saúde; SMS = Secretaria Municipal de Saúde.

A maioria dos respondentes acredita haver barreiras para a implementação de diretrizes no SUS (84,6%, n=88), sendo a principal relacionada à infraestrutura (73,9%, n=65), seguida da falta de recursos humanos (68,2%, n=60), e por fim, as barreiras logísticas (63,6%, n=56) e financeiras (64,8%, n=57) (Figura 2). Outras barreiras apontadas pelos participantes para perguntas que permitiam múltiplas respostas foram relacionadas ao desconhecimento ou desinteresse dos prescritores (81,0%, n=47), desabastecimento de medicamentos (72,4%, n=42), necessidade de centro de referência para tratamento (69,0%, n=40) e necessidade de oferta de serviços especializados (62,1%, n=36). Apesar das barreiras apontadas, a minoria dos participantes relatou participar de consultas públicas (20,6%, n=22), principalmente por falta de conhecimento da existência da consulta pública (65,9%, n=27).

Figura 2: Barreiras à implementação de PCDT/DDT mais citadas no inquérito.



Legenda: Grupo 1: Secretário Estadual / Municipal; Grupo 2: Áreas especializadas / regulatórias; Grupo 3: Gestores de Assistência Farmacêutica.

Os participantes apontaram como facilitadores para a implementação dos PCDTs/DDTs a adequação/ampliação de serviços de saúde existentes (90,4%, n=94), dos profissionais de saúde envolvidos (83,7%, n=87), dos serviços diagnósticos (75,0%, n=78) e dos centros de referência (78,8%,

n=82).

Com relação à percepção dos participantes e implementação dos PCDTs especificados (TEV, AR e DMRI), é importante notar a menor taxa de resposta (39 a 62 participantes), em relação ao questionário geral (Tabela 3). Em suma, os participantes

indicaram que compreendem os PCDTs (53,8% a 69,4% dos participantes, a depender do PCDT), sendo que somente a minoria indicou que eles não são claros (2,1% a 17,9%). Destaca-se que somente a minoria dos participantes relatou ter feito algum treinamento (10,3% a 27,7%) (Tabela 3).

Tabela 3 : Percepção dos participantes e conhecimento sobre a implementação dos protocolos clínicos e diretrizes terapêutica de 'tromboembolismo venoso em gestantes com trombofilia', 'artrite reumatoide' e 'degeneração macular relacionada à idade'.

Respostas	TEV em gestantes com trombofilia	Artrite reumatoide	DMRI
	N=62, 100%	N=47, 100%	N=39, 100%
Respostas a perguntas comuns aos três PCDT			
Compreende a diretriz	43 (69,4%)	34 (72,3%)	21 (53,8%)
O PCDT não é claro em sua linguagem e recomendações	9 (14,5%)	1 (2,1%)	7 (17,9%)
Devido ao texto ser de difícil compreensão para o profissional não especialista	18 (66,7%)	10 (66,7%)	10 (62,5%)
Objetividade do texto/ texto pouco recomendativo	10 (37,0%)	6 (40,0%)	6 (37,5%)
Julga que a diretriz é rígida demais, isto é, rigorosa em seus critérios de forma a dificultar sua implementação	38 (61,3%)	14 (29,8%)	14 (35,9%)
Acredita que a diretriz é completa o suficiente para lidar com a condição clínica	32 (51,6%)	42 (89,4%)	25 (64,1%)
O participante e sua equipe se prepararam, receberam preparação ou treinamento para implementar a diretriz	9 (14,5%)	13 (27,7%)	4 (10,3%)
Natureza dos treinamentos ^a			
Rodadas de discussão	5 (8,1%)	10 (21,3%)	1 (2,6%)
Envio de material digital	2 (3,2%)	27 (57,4%)	2 (5,1%)
Encontros para apresentação do PCDT	4 (6,5%)	18 (38,3%)	3 (7,7%)
Julga que a divulgação da diretriz foi adequada para difusão e disseminação	36 (58,1%)	18 (38,3%)	8 (20,5%)
Acredita que os prescritores compreendem a informação contida nesta diretriz e conseguem seguir as regras nela expostas no momento de preenchimento dos documentos necessários	10 (16,1%)	18 (38,3%)	SR ^b
Para os casos fora de protocolo a conduta estadual / municipal é o indeferimento do pedido e a não oferta de cuidado medicamentoso suplementar	39 (62,9%)	29 (61,7%)	21 (53,8%)
Há necessidade de suplementação por parte do Estado / município da linha de cuidado do Ministério da Saúde	37 (59,7%)	11 (23,4%)	SR ^b
O arsenal terapêutico é suplementado por aporte estadual / municipal	26 (70,3%)	8 (72,7%)	1 (25,0%)
O PCDT contempla as necessidades do serviço e da população, quanto a(ao) ^a :			
Diagnóstico	51 (82,3%)	38 (80,9%)	24 (61,5%)
Critério de inclusão	40 (64,5%)	44 (93,6%)	26 (66,7%)

Critério de exclusão	57 (91,9%)	42 (89,4%)	35 (89,7%)
Tratamento	55 (88,7%)	39 (83,0%)	27 (69,2%)
Monitorização	SR ^b	36 (76,6%)	25 (64,1%)
Há observância dos códigos CID contemplados no PCDT	47 (75,8%)	39 (83,0%)	SR ^b
Na experiência do participante, há MODERADA demanda reprimida gerada pelo PCDT	29 (46,8%)	20 (42,6%)	16 (41,0%)
Há necessidade de ajustes e adequação dos serviços para atender ao estabelecido nos PCDT para correta oferta e disponibilização à população	18 (29,0%)	18 (38,3%)	14 (35,9%)
Há equipe médica especializada e em quantidade suficiente para atender a demanda	SR ^b	7 (14,9%)	10 (25,6%)
É apresentado o 'termo de esclarecimento e responsabilidade' para o paciente em tratamento	SR ^b	44 (93,6%)	28 (71,8%)
As tecnologias usadas estão sendo monitoradas	28 (45,2%)	21 (44,7%)	6 (15,4%)
Principalmente quanto à quantidade de seringas / comprimidos / aplicações	25 (89,3%)	18 (85,7%)	5 (83,3%)
Orientações quanto ao uso da enoxaparina	17 (60,7%)	SR ^b	SR ^b
Melhora clínica	SR ^b	13 (61,9%)	SR ^b
Eventos adversos	13 (46,4%)	13 (61,9%)	4 (66,7%)
Acuidade visual	SR ^b	SR ^b	4 (66,7%)
Percebe que os pacientes aplicam/usam corretamente os medicamentos dispensados	33 (53,2%)	23 (48,9%)	SR ^b
No Estado/município ocorre switch entre medicamento biológico referência e biossimilar e entre biossimilares	49 (79,0%)	34 (72,3%)	SR ^b
Estima que até 10% dos pacientes não dão continuidade no tratamento após o primeiro recebimento dos medicamentos	38 (61,3%)	26 (55,3%)	18 (46,2%)
Julga que a unidade que trabalha é capaz de implementar as recomendações deste PCDT	51 (82,3%)	38 (80,9%)	24 (61,5%)
Acredita que a versão resumida desta diretriz (se houver) faz ou faria diferença para a implementação do cuidado e atendimento para esta condição de saúde	47 (75,8%)	SR ^b	30 (76,9%)
Estima que entre 10 e 30% dos pacientes tem o pedido negado por não se enquadrarem nos critérios de elegibilidade do PCDT	19 (30,6%)	23 (48,9%)	10 (27,0%)
Principais motivos de indeferimento, no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, dos processos de solicitação dos medicamentos do PCDT ^a :			
Inadequação aos critérios de inclusão / manutenção critérios do PCDT	46 (74,2%)	27 (57,4%)	SR ^b
Preenchimento incorreto ou inadequado do laudo com os critérios do paciente pelo profissional médico	41 (66,1%)	31 (66,0%)	SR ^b
Frequentemente a judicialização impacta neste PCDT	12 (40,0%)	8 (44,4%)	SR ^c
Respostas às perguntas específicas para o PCDT de TEV em Gestantes com Trombofilia			
No Estado / município, existe oferta de ^a :			
Anticardiolipinas IgG ou IgM (teste ELISA)	30 (48,4%)	NA	NA
Dosagem de proteína C funcional	28 (45,2%)	NA	NA

Artigo Original

Farinasso CM, Viscondi JYK, Lucchetta RC, Junior HAO

Avaliação Situacional de Protocolos Assistenciais do SUS (ASPAS): Um Estudo de Inquérito

Anticoagulante lúpico	24 (38,7%)	NA	NA
Dosagem de proteína S livre	23 (37,1%)	NA	NA
Dosagem de proteína S funcional	22 (35,4%)	NA	NA
Anti-beta2glicoproteína 1 IgG ou IgM (teste ELISA)	20 (32,2%)	NA	NA
Nenhum destes	19 (30,6%)	NA	NA
Fator V de Leiden	18 (29,0%)	NA	NA
Mutação G20210A no gene da protrombina	13 (20,9%)	NA	NA
Acredita que está havendo financiamento e distribuição regulares por parte da União com relação à enoxaparina (grupo 1A do CEAF)	32 (51,6%)	NA	NA
Acredita que a oferta estadual/municipal de enoxaparina sódica – solução injetável de 40 mg/0,4 mg ocorre conforme o PCDT	53 (85,5%)	NA	NA
Respostas às perguntas específicas para o PCDT de artrite reumatoide			
O estado/município utiliza um protocolo próprio para a condição	NA	2 (4,3%)	NA
O Estado/município enfrenta dificuldades para aquisição dos medicamentos	NA	21 (44,7%)	NA
Acredita que esteja ocorrendo judicialização devido à irregularidade no abastecimento	NA	16 (34,0%)	NA
O impacto do escalonamento do tratamento é positivo para o paciente	NA	24 (51,1%)	NA
Uma vez ocorrida a troca devido à indisponibilidade do medicamento, é considerado que o paciente seguiu para próxima linha terapêutica	NA	35 (74,5%)	NA
Utiliza o fluxograma do tratamento disponível no PCDT	NA	35 (74,5%)	NA
Acredita que está havendo financiamento e distribuição regulares dos medicamentos do grupo 1A do CEAF por parte da União	NA	29 (61,7%)	NA
Acredita que a oferta estadual/municipal dos tratamentos não medicamentosos ocorre conforme o PCDT	NA	28 (59,6%)	NA
Respostas às perguntas específicas para o PCDT de degeneração macular relacionada à idade			
O Estado/município possui centro de referência regularizado perante a Vigilância Sanitária da Secretaria Estadual ou Municipal de Saúde para atendimento da condição	NA	NA	25 (64,1%)
Julga que o Estado/município está organizado para fornecimento do tratamento para DMRI conforme estabelece a Portaria conjunta 18/2018	NA	NA	16 (41,0%)
O Estado/município seguiu ou ainda segue o protocolo de uso do bevacizumabe na DMRI estabelecido pelo Ministério da Saúde	NA	NA	20 (51,3%)
No Estado/município, há ou houve local adequado para fracionamento do bevacizumabe, conforme estabelece a RDC 111/2016 da Anvisa, enquanto ela estava vigente (RDC extinta pelo decurso do tempo e revogada a partir da deliberação da 2ª Reunião Pública da Diretoria Colegiada da Anvisa de 2020, ocorrida em 18/2/2020)	NA	NA	16 (41,0%)
O Estado/município ainda proporciona o acesso ao bevacizumabe conforme preconiza o protocolo	NA	NA	5 (12,8%)
No Estado/município, o acesso ao tratamento da DMRI ocorre por meio do PCDT estabelecido pelo Ministério da Saúde – Portaria Conjunta 18/2018	NA	NA	25 (64,1%)
No Estado/município, há contratualização de serviço oftalmológico para atendimento dos pacientes com DMRI	NA	NA	26 (66,7%)

Considera que a APAC 03.03.05.023-3 referente à aplicação de anti-angiogênico apresenta valor correspondente ao custo do medicamento	NA	NA	11 (28,2%)
No Estado/município, o acesso ao tratamento da DMRI ocorre via participação do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica	NA	NA	12 (30,8%)
O Estado / município utiliza um protocolo próprio suplementar para tratamento da DMRI	NA	NA	4 (10,3%)
Julga que a incorporação de aflibercepte e ranibizumabe para tratamento de DMRI neovascular em pacientes acima de 60 anos (Portaria SCTIE/MS nº 18 de 2021) pode facilitar a organização da oferta de anti-VEGF estadual/municipal	NA	NA	26 (66,7%)
Contribuindo para a:			
Redução de judicialização	NA	NA	23 (88,5%)
Maior acesso para a população	NA	NA	22 (84,6%)

Legenda: a – permitia múltiplas respostas; b – pergunta não presente neste questionário; c – sem respostas quanto à frequência. Anti-VEGF = anti-fator de crescimento endotelial vascular; APAC = Autorização de Procedimento Ambulatorial (Alta complexidade/custo); CEAF = Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; CID = Classificação Internacional de Doenças; Conitec = Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde; DDT = Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas; DMRI = degeneração macular relacionada à idade; MS = Ministério da Saúde; NA = Não aplicável; PCDT = Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas; RDC = Resolução da Diretoria Colegiada; SCTIE = Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos; SR = sem respostas; TEV = tromboembolismo venoso.

De acordo com a característica normativa dos PCDTs, em geral, a conduta estatal/municipal para casos fora de protocolo foi relatada como sendo o indeferimento do pedido e a recusa em ofertar a tecnologia (53,8% a 62,9%). Ainda assim, para os casos contemplados pelo protocolo, os respondentes indicaram necessidade de suplementação por parte do Estado/município (23,4% a 59,7%). Indica-se que uma parte dos pacientes tem monitoramento das tecnologias usadas (15,4% a 45,2%), e que ocorre switch entre medicamentos biológicos de referência e biossimilares (79,0% para TEV e 72,3% para DMRI) (Tabela 3).

Acredita-se que há judicialização devido ao desabastecimento das tecnologias no PCDT de AR (34,0%, n=16).

Ademais, uma vez ocorrido o switch devido à indisponibilidade, considera-se que o paciente avançou de linha terapêutica (74,5%, n=35) (Tabela 3).

No que se refere ao PCDT de DMRI, apenas parte dos respondentes acredita que seu Estado/município tem organização para fornecimento de tratamento (41,0%, n=16), da mesma forma, poucos indicam haver local adequado de fracionamento do bevacizumabe (41,0%, n=16). Ainda assim, indica-se que ocorre contratualização de serviço oftalmológico (66,7%, n=26) (Tabela 3).

DISCUSSÃO

O estudo ASPAS foi um inquérito de base populacional com o objetivo de conhecer a percepção da implementação de PCDTs/DDTs por parte de gestores estaduais e municipais, além de identificar barreiras e facilitadores para seu emprego. Os três grupos profissionais declararam conhecer e confiar muito nos documentos e acreditam que as diretrizes podem ser implementadas. Além disso, os atores concordam que as principais barreiras de implementação são de infraestrutura, de recursos humanos e logística/financeira, ao passo que os principais facilitadores estão relacionados à adequação/ampliação de serviços existentes, entre eles, de centros

de referência, além da necessidade por mais profissionais.

Essas barreiras já foram identificadas na literatura, com outros aspectos considerados, como fatores institucionais, regulação de comportamento dos profissionais e pouca disponibilidade de recursos¹⁴. Isso sugere que o processo de desenvolvimento das diretrizes e a sua posterior avaliação e aprovação pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC) têm sido parcialmente exitosos. Entretanto, a literatura aponta que, além de se empregar evidência no desenvolvimento de diretrizes, é necessário adotar mecanismos para a translação, integração e aplicação do conhecimento contido nestes documentos⁴. Somente assim os efeitos na qualidade e no desempenho do sistema de saúde podem ser obtidos⁴.

Outras barreiras na literatura que não foram priorizadas pelos respondentes incluem a adesão e pouco letramento em saúde dos pacientes, fatores políticos, sociais e culturais, além da falta de clareza sobre a responsabilidade dos atores envolvidos na implementação¹⁴. Em estudo conduzido em Cascavel, a maioria dos respondentes apontou a falta de divulgação dos PCDTs nos serviços como a principal barreira de implementação¹⁵. Outros facilitadores encontrados na literatura incluem o

apoio técnico e o treinamento oportuno tanto para profissionais quanto para pacientes¹⁴.

Perguntas acerca do funcionamento e de empecilhos percebidos pelos profissionais revelaram que a implementação de diretrizes no SUS tem sido parcialmente efetiva. Nosso achado concorda com um estudo transversal local sobre a visão de profissionais da atenção primária sobre PCDTs, no qual 62% dos gestores tinham conhecimento sobre a diretriz, ao passo que nenhum deles afirmou ter domínio suficiente¹⁵.

Uma vez que o acesso a tecnologias está sujeito aos critérios de elegibilidade do PCDT/DDT, é notável que os profissionais apontem a existência de demanda reprimida, bem como a não aceitabilidade dos prescritores e a indisponibilidade dos insumos. Isso vai ao encontro do identificado em estudo que avaliou o acesso a medicamentos indicados no PCDT de Doença de Alzheimer em Minas Gerais¹⁶. Nesse estudo, observou-se que a maioria dos prescritores cumpriu menos do que 80% dos procedimentos dispostos no PCDT¹⁶, sugerindo uma barreira relacionada à divergência dos critérios dispostos no PCDT estadual e PCDT nacional¹⁶. Essa explicação não é apoiada pelos nossos achados, uma vez que a maioria dos respondentes indicaram não haver protocolo estadual complementar para as condições estudadas. Entretanto, outros PCDTs foram avaliados na presente pesquisa, que não o PCDT de Alzheimer¹⁶.

Em outro inquérito, todos os respondentes apontaram como dificuldade para a utilização de PCDTs a falta de práticas institucionais para facilitar a implementação e a falta de divulgação¹⁵. O estudo mineiro também sugeriu tornar o PCDT mais claro e acessível aos prescritores, divulgar informações sobre o processo e tornar o trâmite administrativo menos burocrático¹⁶. Essas considerações conversam com os achados do presente inquérito, uma vez que alguns respondentes apontaram que as

diretrizes não são claras e não tiveram divulgação suficiente. Ademais, a entrega incorreta de documentação por parte do paciente e o preenchimento inadequado de laudos foram apontados como barreiras ao deferimento do processo.

Com relação aos três PCDTs individualmente avaliados, a barreira para implementação mais citada, isto é, de recursos humanos especializados, é refletida nas respostas para os PCDTs de DMRI e de AR. A necessidade de ampliar, ou mesmo readequar a capacidade instalada, se relaciona com a necessidade de centros públicos para infusão e fracionamento de medicamentos. Os respondentes apontaram suplementação por parte do Estado/município sobretudo contratando serviços e com o valor dos procedimentos. Logo, não é surpreendente a percepção que a judicialização impacte o cuidado em caso de desabastecimento.

Cabe refletir que a implementação de uma diretriz é, de fato, um processo complexo, inserido em sistemas de saúde complexos¹⁷. Portanto, não seria prudente assumir que diretrizes podem ser implementadas sem recursos adicionais ou uso mais eficiente de recursos existentes¹⁷.

A subutilização de diretrizes clínicas é, em si mesma, uma barreira para um melhor serviço de saúde para o paciente, prejudicando a padronização do cuidado em uma área geográfica, melhor uso de recursos e melhores desfechos em saúde¹⁴. Assim, nota-se que diretrizes bem formuladas e de alta qualidade não necessariamente produzirão resultados a menos que sejam efetivamente implementadas⁴. A literatura sugere algumas estratégias de implementação, como educação, sistemas computadorizados, auditoria e *feedback*, líderes de opinião entre os pacientes, mídias sociais, além de intervenções focadas na organização⁴.

As limitações deste inquérito se referem a deficiências comuns em estudos dessa natureza. Apesar da extensa divulgação e do envio de lembretes para

o preenchimento da pesquisa, a amostra foi reduzida para um inquérito nacional. Os motivos para isso podem ter sido a necessidade do envio de TCLE assinado e a extensão dos questionários. Ademais, por se tratar de amostra de conveniência, existe a possibilidade de viés de seleção, isto é, os profissionais de saúde mais interessados e engajados com a temática podem ter sido aqueles a terminar os questionários. Os dados faltantes foram computados e são apresentados como frequência, mas não foram aplicados métodos de imputação por se tratar de uma análise exploratória.

O estudo ASPAS foi o primeiro esforço para compreensão de como Estados e municípios utilizam os PCDTs/DDTs após a publicação pelo Ministério da Saúde. Conclui-se que profissionais de saúde atuantes no SUS conhecem os documentos, confiam muito em seu conteúdo, e acreditam que eles podem ser implementados. Contudo, os respondentes apontaram limitações de infraestrutura, de recursos humanos e logística/financeira como entraves para essa implementação. Este estudo pode servir como base para delineamento de estratégias focadas e outras iniciativas de implementação.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho foi parcialmente financiado pelo Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), por meio do termo de ajuste 04/2020. O financiador não teve participação ativa no conceito, na escrita ou na decisão de publicar este manuscrito.

Agradecemos a Jessica Matuoka, Wendel Mombaquer, Gabriela Vilela, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), ao Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) pelas valiosas contribuições a este projeto e pelo apoio e alcance aos estados e municípios.

REFERÊNCIAS

1. Institute for Quality and Efficiency in Health Care (IQWiG). What are clinical practice guidelines? Em: Institute for Quality and Efficiency in Health Care (IQWiG), organizador. InformedHealth.org [Internet]. Cologne, Germany; 2006.
2. Brasil. LEI No 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. Brasília: Presidência da República - Casa Civil - Subchefia para Assuntos Jurídicos; set 19, 1990.
3. Brasil. DECRETO No 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011. Brasília: Presidência da República - Casa Civil - Subchefia para Assuntos Jurídicos; jun 28, 2011.
4. Barreto JOM. Implementation of clinical guidelines: a knowledge translation challenge. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 22 de outubro de 2018;21(0).
5. Martinez-Cannon BA, Soto-Perez-de-Celis E, Erazo Valle-Solis A, Arce-Salinas C, Bargallo-Rocha E, Bautista-Piña V, et al. Physicians' attitudes and perceived barriers to adherence to the national breast cancer clinical practice guidelines in Mexico: a survey study. *Clinical and Translational Oncology*. 19 de agosto de 2022;25(1):151–9.
6. JOHN S, ALSWEILER J, WISE MR. Barriers and enablers to implementing an induction of labour guideline: A clinician survey. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 14 de dezembro de 2023;63(6):768–73.
7. Lynch BL, Schaffer K. Can guidelines for the control of multi-drug-resistant Gram-negative organisms be put into practice? A national survey of guideline compliance and comparison of available guidelines. *Journal of Hospital Infection*. maio de 2019;102(1):1–7.
8. Barreto JOM, Bortoli MC, Luquine Jr. CD, Oliveira CF, Toma TS, Ribeiro AA V., et al. Implementation of national childbirth guidelines in Brazil: barriers and strategies. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 30 de dezembro de 2020;44:1.
9. SANTOS ROM DOS, RAMOS DN, MIGOWSKI A. Barreiras na implementação das diretrizes de detecção precoce dos cânceres de mama e colo do útero no Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2019;29(4).
10. AMARAL CM DO, ARAÚJO LUA DE. IMPLANTAÇÃO DA EDUCAÇÃO CONTINUADA DO PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICA PARA PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DE HIV, SÍFILIS E HEPATITES VIRÁIS. [PORTO VELHO]: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE; 2017.
11. Rigo AP, Levandovski RM, Tschiedel B. Protocolo Clínico do Ministério da Saúde/Brasil para Doença de Parkinson: adesão e percepção do médico prescritor. *Cien Saude Colet*. janeiro de 2021;26(1):197–208.
12. Sharma A, Minh Duc NT, Luu Lam Thang T, Nam NH, Ng SJ, Abbas KS, et al. A Consensus-Based Checklist for Reporting of Survey Studies (CROSS). *J Gen Intern Med*. 22 de outubro de 2021;36(10):3179–87.
13. Farinasso C, Viscondi J, Lucchetta R, de Oliveira Júnior H. Avaliação situacional de protocolos assistenciais do SUS (ASPAS): um estudo de inquérito. <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/JN934>. 2024.
14. Wang T, Tan JY (Benjamin), Liu XL, Zhao I. Barriers and enablers to implementing clinical practice guidelines in primary care: an overview of systematic reviews. *BMJ Open*. 6 de janeiro de 2023;13(1):e062158.
15. Bessa CC, Oliveira IL de. Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas do Ministério da Saúde: utilização nos serviços de saúde [Artigo (Graduação) - Curso de Especialização em Gestão em Saúde]. [Rendição]: Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira; 2016.
16. Almeida-Brasil CC, Costa J de O, Aguiar VCF dos S, Moreira DP, Moraes EN de, Acurcio F de A, et al. Acesso aos medicamentos para tratamento da doença de Alzheimer fornecidos pelo Sistema Único de Saúde em Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2016;32(7).
17. Kovacs E, Wang X, Strobl R, Grill E. Economic evaluation of guideline implementation in primary care: a systematic review. *International Journal for Quality in Health Care*. 21 de abril de 2020;32(1):1–11.