

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA – PROFSAÚDE

**Estudo da utilização do PACK pelos médicos da Secretaria
Municipal de Saúde de Florianópolis: contribuições à
implementação de um protocolo clínico na Atenção Primária à
Saúde.**

Porto Alegre, agosto de 2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
Autor: Rafael Garcia Eymael

**Estudo da utilização do PACK pelos médicos da Secretaria
Municipal de Saúde de Florianópolis: contribuições à
implementação de um protocolo clínico na Atenção Primária à
Saúde.**

Área de Concentração: Saúde da Família

Linha de Pesquisa:

Educação e saúde: tendências contemporâneas da educação, competências
e estratégias de formação profissional.

Dissertação de Mestrado apresentada
ao Programa de Pós-Graduação em
Saúde da Família, Mestrado
Profissional em Saúde da Família -
PROFSAUDE

Orientadora: Prof. Dra. Maria Eugênia Bresolin Pinto
Coorientadora: Prof. Dra. Daniela Tietzmann

Porto Alegre, agosto de 2019

Catálogo na Publicação

Eymael, Rafael Garcia

Estudo da utilização do PACK pelos médicos da secretaria municipal de saúde de Florianópolis : contribuições à implementação de um protocolo clínico na Atenção Primária à Saúde / Rafael Garcia Eymael. -- 2019. 110 p. : graf., tab. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) -- Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, 2019.

Orientador(a): Prof. Dra. Maria Eugênia Bresolin Pinto ; coorientador(a): Prof. Dra. Daniela Tietzmann.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Medicina de Família e Comunidade. 3. Saúde Pública. 4. Protocolos Clínicos. 5. Ciência da Implementação. I. Título.

Sistema de Geração de Ficha Catalográfica da UFCSPA com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Dedico este trabalho a equipe de implementação do PACK Brasil Adulto
Florianópolis, sempre dispostos e com o PACK à mão!

E aos pacientes, sem os quais nada disso teria motivo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minhas orientadoras pela transmissão de conhecimentos, paciência e apoio ao aprendizado, mas sobretudo pelo exemplo de mestres e pessoas.

Aos colegas pelo convívio prazeroso que fazia as longas viagens parecerem um passeio.

À minha filha, que viu o pai ficar mais com o computador do que com ela por muitos dias, mas sempre tinha um abraço carinhoso para me confortar.

E principalmente à minha esposa, fonte de amor, inspiração e sobretudo estímulo para não desistir nunca.

RESUMO

Protocolos e diretrizes são cada vez mais comuns em serviços complexos como a Atenção Primária à Saúde (APS). Mas a simples disponibilização do conhecimento baseado em evidências na forma de protocolos não significa que serão utilizados ou mudarão condutas. É necessária uma implementação apropriada que leve em consideração o contexto, os profissionais e a própria ferramenta a ser implantada para que ela seja efetivamente utilizada. Este estudo visou investigar a forma de utilização do protocolo de apoio à decisão clínica PACK Brasil Adulto versão Florianópolis pelos médicos da APS de Florianópolis e sua relação com o treinamento para sua utilização e características da matriz conceitual proposta. Teve como objetivo identificar pontos críticos no processo de utilização da ferramenta por estes profissionais para fornecer informações que auxiliem a implementação da mesma. Foi realizado estudo transversal descritivo com análise univariada e regressão logística binária. Best Practice e PACK são as ferramentas mais utilizadas (acima de 80% em relação às demais). O PACK é mais utilizado por quem fez o treinamento e nos distritos com maior número de residentes e alunos. Encontrada correlação positiva entre realizar treinamento e usar o PACK como auxílio ao diagnóstico ($p= 0,007$; OR 21,12; IC 95% 2,33 – 191,07) e entre papel profissional (capacidade de usar o julgamento profissional para aplicar o conhecimento científico junto com a experiência pessoal e de lidar com as incertezas) e usar o PACK no auxílio ao diagnóstico ($p= 0,009$; OR 59,670; IC 95% 2,76 – 1290,85) e à conduta ($p= 0,022$; OR 12,888; IC 95% 1,457 – 114,03). Incentivar a participação no treinamento e a autonomia profissional são boas estratégias para ampliar a utilização do PACK no apoio ao diagnóstico, um dos principais papéis desta ferramenta de auxílio a decisão clínica na APS.”

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Medicina de Família e Comunidade. Saúde Pública. Protocolos Clínicos. Ciência da Implementação.

ABSTRACT

Protocols and guidelines are increasingly common in complex services such as Primary Care (PC). But simply making evidence-based knowledge available in the form of protocols does not mean it will be used or behavior will be changed. Proper implementation is required that takes into account the context, the professionals, and the tool itself. The study analyses how (and how much) doctors use the protocol of clinical decision support PACK Brasil Adulto versão Florianópolis and its relation with the training for its utilization. Also analyses the interaction between characteristics of professionals and tool, proposed by the conceptual matrix, and the use of PACK. The objective is to identify critical points in the process of use of the tool by these professionals to provide information to help its implementation. Descriptive cross-sectional study with univariate analysis and binary logistic regression. Best Practice and PACK are the most used tools (> 80%). PACK is most commonly used by those who did the training and in the districts with the largest number of residents and students. Positive correlation was found between training and use of PACK to aid diagnosis ($p = 0.007$; OR 21.12; 95% CI 2.33 - 191.07) and between the professional role (ability to use professional judgment to apply scientific knowledge along with personal experience and to deal with uncertainties) and the use of PACK to aid diagnosis ($p = 0.009$; OR 59.670; 95% CI 2.76 - 1290.85) and management ($p = 0.022$; OR 12.888; 95% CI 1.457 - 114.03). Encouraging participation in training and professional autonomy are good strategies to expand the use of PACK in support of diagnosis, one of the main roles of this clinical decision support tool in PHC. ”

Key words: Family Practice. Primary Health Care. Public Health. Clinical Protocols. Implementation Science.

LISTA DE TERMOS E ABREVIATURAS

AIDPI: Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância

APS: Atenção Primária à Saúde

BMJ: *British Medical Journal*

BP: *Best Practice*

CAPS: Centro de Apoio Psicossocial

EPS: Educação Permanente em Saúde

ESF: Estratégia de Saúde da Família

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

KTU: *Knowledge Translation Unit*, instituto pertencente à Universidade do Cabo na África do Sul, responsável pela criação do PACK.

MBE: Medicina Baseada em Evidências

MFC: Medicina de Família e Comunidade ou Médico de Família e Comunidade

NASF: Núcleo de Apoio À Saúde da Família

PACK: *Practical Approach to Care Kit*

PAL: *Practical Approach to Lung Health*

PALSA: *PAL in South Africa*

RAG: Relatório Anual de Gestão

SMS: Secretaria Municipal de Saúde

SPSS: *Statistical Package for the Social Sciences*

TARV: terapia antirretroviral

TPB: *Theory of planned behavior*, teoria de explicação do comportamento proposta por Icek Ajzen na década de 1970.

UBS: Unidade Básica de Saúde

UFSC: Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
2. JUSTIFICATIVA	13
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	15
4. OBJETIVOS	21
5. METODOLOGIA	22
5.1. DELINEAMENTO	22
5.2. POPULAÇÃO	22
5.2.1. DESCRIÇÃO DO TERRITÓRIO	22
5.2.2. POPULAÇÃO DE ESTUDO	24
5.3. INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS	24
5.4. LOGÍSTICA	25
5.5. ESTUDO PILOTO	26
5.6. PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	26
6. RESULTADOS	32
6.1. REGRESSÃO LOGÍSTICA	49
6.1.1. MODELO 1	51
6.1.2. MODELO 2	53
7. DISCUSSÃO	55
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
9. REFERÊNCIAS	64
10. APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	70
11. APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO	72
12. APÊNDICE C – ARTIGO CIENTÍFICO	78
13. ANEXO A – NORMAS PARA SUBMISSÃO DA RBMFC	101
14. ANEXO B - PARECER DO CEP	107

1. INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) vem sendo construída em muitos países como o local preferencial de atendimento às pessoas na busca por cuidados de saúde, a literatura cita sua eficácia em proporcionar um cuidado custo-efetivo e seguro aos pacientes quando observados seus atributos (Starfield, 2002). Ainda segundo Mendes (2011), a APS deve ser a coordenadora do cuidado aos indivíduos nas Redes de Atenção à Saúde em sistemas de saúde de cobertura universal. Esta coordenação pela APS gera um cuidado de maior qualidade, menor risco e com maior eficiência no uso de recursos financeiros cada vez mais escassos. O autor destaca que uma APS de qualidade só existe se cumprir três funções essenciais: a resolubilidade, a comunicação e a responsabilização; sendo que a resolubilidade, que é inerente ao nível de atenção primária, significa que ela deve estar capacitada para manejar mais de 85% dos problemas de saúde da sua população.

Esta qualidade da Atenção Primária depende da implementação de diretrizes baseadas em evidências de alta qualidade, pessoal capacitado e com boa supervisão, no entanto, em muitos países em desenvolvimento a APS ainda está aquém deste cenário ideal (Fairall et al., 2015). O sucesso da APS em ofertar um serviço custo-efetivo e de qualidade estaria ligado à prática de utilizar a Medicina Baseada em Evidências (MBE) no cuidado às pessoas. Mas como assegurar um cuidado fundamentado nas melhores evidências possíveis neste cenário de problemas tão variados e muitas vezes com apresentações diversas? E ainda com a rápida mudança do conhecimento científico?

Na busca destas respostas, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Florianópolis vem investindo no fortalecimento da APS como coordenadora de sua rede de saúde, fato comprovado por ter sido a primeira capital do Brasil a atingir 100% de cobertura populacional pela Estratégia de Saúde da Família em 2015, segundo os critérios do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. Também por exigir dos médicos título de especialista em Medicina de Família e Comunidade (MFC) ou áreas afins para poderem assumir o cargo efetivo de médico de Equipe de Saúde da Família. Outras estratégias de qualificação para aumentar a resolubilidade da APS têm sido

implantadas, como a construção de protocolos de encaminhamento para a atenção secundária, o matriciamento por meio eletrônico com diversos especialistas das policlínicas, normatizado através de instrução normativa (FLORIANÓPOLIS, 2016) e, mais recentemente, a adoção da ferramenta de apoio a decisão clínica conhecida como PACK (*Practical Approach to Care Kit*). A parceria com a Knowledge Translation Unit (KTU) do University of Cape Town Lung Institute e British Medical Journal resultou na edição do PACK Brasil Adulto versão Florianópolis, uma adaptação do *PACK Global Adult*. A versão local mantém seu alinhamento com a ferramenta de tomada de decisões clínicas do *British Medical Journal*, o *Best Practice*, assim como protocolos da Organização Mundial de Saúde, normas e listas municipais, estaduais e nacionais (PACK versão Fpolis, 2016). Para uso em Florianópolis o *PACK Global Adult* e seu material de treinamento foram adaptados através da transferência de conhecimento entre equipes da KTU e da SMS local. Esta experiência está sendo usada para desenvolver adaptações para outros países (WATTRUS et al., 2018).

Há mais de 14 anos a KTU tem desenvolvido, testado e implementado na África do Sul uma abordagem integrada para as condições comuns na APS, e o PACK Adulto é o último produto deste trabalho. O PACK Global Adult é uma estratégia assentada em 4 pilares: a) um guia; b) uma estratégia de treinamento; c) uma intervenção de fortalecimento de sistemas de saúde; e d) um componente de avaliação e monitoramento (BMJ, 2017). O primeiro pilar é o próprio livro no formato de algoritmos no auxílio à decisão clínica; o segundo é o treinamento ofertado para melhor uso do guia; o terceiro advém do treinamento e das orientações do guia que consolidam o uso dos mesmos protocolos baseados em evidência por todos os profissionais, mas com intervenções, medicamentos e orientações adaptados ao sistema de saúde local; e o quarto pilar é a estratégia comum a todas as implementações mundiais do PACK de estudos randomizados tipo *cluster* para a avaliação de desfechos selecionados em equipes que utilizam ou não o PACK.

O PACK compreende a maioria das condições de enfermidade comuns e significativas que se apresentam na APS e tem quatro componentes: diretrizes com boas evidências e em acordo com políticas de

saúde; treinamento de grupos baseado em casos; prescrição por não médicos; e um sistema em cascata para ampliação de competências. O PACK foi desenvolvido à luz do estudo de outras diretrizes de sucesso baseadas em sintomas como o *Integrated Management of Childhood Illness* (IMCI, ou AIDPI no Brasil) e o PAL (*Practical Approach to Lung Health*) da Organização Mundial de Saúde, e com a preocupação de preencher a falta de diretrizes para lidar com pacientes adultos com múltiplas comorbidades na APS (FAIRALL et al., 2015). O primeiro produto precursor do PACK foi o PALS (PAL in South Africa), que levou a melhor qualidade no cuidado e a maior detecção de casos de tuberculose (FAIRALL et al., 2005). Do PALS surgiu o PALS Plus, que inclui o manejo do HIV/AIDS, e que novamente mostrou a melhora na qualidade do cuidado e aumento de detecção de tuberculose. Em uma ampliação do escopo do PALS Plus foi incluída a prescrição de terapia antirretroviral (TARV) por enfermeiros, o que levou a melhora de desfechos para os pacientes, com manejo tão efetivo quanto a prescrição por médicos (FAIRALL et al., 2012) e a ampliação desta ferramenta para todas as clínicas de APS da África do Sul levou a diminuição de mortalidade e aumento da expectativa de vida (DORRINGTON; BRADSHAW; LAUBSCHER, 2014).

O PACK adulto por sua vez é uma expansão do PALS Plus incluindo doenças crônicas, saúde mental, cuidados paliativos e saúde da mulher. Ele utiliza algoritmos com entrada baseada em sintomas e um formato padronizado de “*checklist*” para ajudar o profissional a avaliar, aconselhar e a tratar o paciente com condições crônicas. Sua facilidade de utilização tem melhorado ao incorporar a opinião dos profissionais usuários e avaliações qualitativas. Como diretriz, ele alerta o usuário (aqui definido como o profissional usuário do PACK) a considerar o diagnóstico de condições prioritárias em oportunidades apropriadas e assim acelerar o cuidado de rotina e com critérios para um encaminhamento adequado se necessário. A necessidade de atualização do conteúdo em alinhamento com as evidências científicas levou a *Knowledge Translation Unit* (KTU) a fazer uma parceria com o BMJ (*British Medical Journal*) que fornece acesso a suas atualizações de evidências.

Uma parte importante do PACK é seu método de treinamento em sistema de cascata, com formadores desde o nível central até o local. Baseado em casos clínicos e em metodologia de ensino de adultos, ele conta com encontros regulares de 60 a 90 minutos intercalados com a prática clínica diária (SIMELANE et al., 2018). Na implementação do PACK as equipes dos municípios onde ela acontece são randomizadamente divididas em duas populações, uma que recebe o treinamento para sua utilização e outra que não recebe, para uma futura comparação entre os grupos para verificar a efetividade do treinamento (O'BRIEN et al., apud FAIRALL et al., 2015). Parte-se do princípio que os profissionais da APS tem conhecimento clínico prévio para a utilização do PACK mesmo sem treinamento, embora o treinamento inclua um sistema de *feedback* dos treinandos com incorporação de sugestões ao guia quando pertinentes.

Em Florianópolis não foi diferente, e da nossa população de estudo, 79 médicos receberam treinamento. Sendo um primeiro módulo durante o ano de 2016, com um encontro semanal de noventa minutos durante seis meses, e um segundo módulo em 2017 e 2018 com um encontro mensal. O treinamento é feito em pequenos grupos de até 20 pessoas e conduzido por dois treinadores (um médico e um enfermeiro) que também atuam na APS da região e que recebem treinamento para serem multiplicadores. O médico, enfermeiro e residente (quando houver) da mesma equipe devem fazer o treinamento no mesmo grupo obrigatoriamente.

Grimshaw et al (2004), colocam que as diretrizes de prática clínica (*clinical practice guidelines*), tais como o PACK e seus precursores, tem o potencial de melhorar o cuidado aos pacientes ao promover intervenções de benefício comprovado e desencorajar aquelas sem benefício. Entretanto, os autores lembram que ainda restam incertezas na efetividade das estratégias de disseminação e implementação das diretrizes, além do custo de confecção e implementação.

De fato, é amplamente reconhecido na literatura que a simples aquisição de um conhecimento pelo profissional não significa que este será colocado em prática no cuidado ao paciente. Uma revisão de 29 diretrizes em onze estudos mostrou que apenas um terço das evidências de pesquisa

informadas nas diretrizes são adotadas rotineiramente, achado reportado em vários países e em várias áreas clínicas (LAU et al., 2015).

Existe, portanto, uma dificuldade de aplicar a teoria na prática. Existe um hiato entre saber e fazer, ou, no inglês, “*knowing-doing gap*”, bem descrito por Cochrane et al (2007). Também relatado como hiato entre evidência e prática (“*evidence to practice gap*”) ou segundo hiato de tradução (“*second translational gap*”) por Lau et al. (2015). Em uma revisão sistemática Cochrane et al. (2007) descrevem uma aderência de apenas 55% às práticas baseadas em evidência (por médicos e outros profissionais de saúde).

Segundo Lau et al. (2015), na APS o processo de implementação de mudanças é ainda mais complexo. É necessário conhecer o contexto, os profissionais, a ferramenta a ser implantada e identificar as barreiras e facilitadores para que o processo tenha sucesso e leve a uma efetiva mudança de conduta.

Protocolos e diretrizes são fundamentais para aproximar o conhecimento científico à prática clínica, mas apenas disponibilizar documentos não assegura sua utilização e tampouco mudança de conduta. Portanto, pretendeu-se neste estudo conhecer como os médicos utilizam o PACK, assim como possíveis variáveis que influenciam neste uso para nortear futuros ajustes na sua implementação.

2. JUSTIFICATIVA

Não há dúvida de que pacientes, profissionais e o sistema de saúde se beneficiam de condutas bem embasadas e protocolizadas, mas segundo a literatura disponível o processo de implementação de diretrizes e sua efetiva utilização não é simples, em especial no contexto da APS. A APS de Florianópolis está vivenciando uma intervenção complexa e inédita, precursora no Brasil, com o objetivo de aumentar sua resolubilidade (KNOWLEDGE TRANSLATION UNIT, 2017; 2016). Transcorrido mais de um ano do início da intervenção ainda não estão disponíveis estudos sobre a efetividade e a aceitação da ferramenta PACK entre os profissionais. Muito se sabe sobre as vantagens da utilização do PACK pelas equipes de APS, mas os estudos disponíveis foram realizados em territórios onde o médico não é facilmente acessível, e mediram desfechos e opiniões das equipes como um todo. Na realidade de Florianópolis, o médico está presente nas equipes, tendo inclusive um papel de formador de opinião.

Embora existam evidências que a implementação do PACK Adulto e seus precursores melhorem a qualidade do cuidado e desfechos para os pacientes, além da satisfação dos profissionais, tais estudos foram feitos analisando as equipes como um todo em sistemas de saúde onde o profissional de referência na maioria das vezes é o enfermeiro, realidade distinta de Florianópolis e do Brasil. E não houve avaliação de categorias profissionais em separado, o que é recomendado na literatura (Kortteisto et al., 2010).

Outro ponto relevante a se distinguir em Florianópolis é o importante número de médicos da APS preceptores de alunos de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), incluindo quatro meses de Internato. São 43 preceptores com alunos de internato segundo informações do departamento de Clínica Médica da UFSC. Estes profissionais necessitam, portanto, ter uma prática bem embasada e constante Educação Permanente em Saúde (EPS). E a utilização do PACK se dá preferencialmente durante a consulta em casos reais da prática clínica, tais características o colocam como uma ferramenta excepcional de EPS no seu conceito mais essencial, que é o aprendizado no e para o trabalho: *“...incorporando o ensino e o*

aprendizado à vida cotidiana das organizações e às práticas sociais e laborais, no contexto real em que ocorrem...” (BRASIL, 2009). Temos, por conseguinte, mais um potencial uso desta ferramenta, que é o apoio ao ensino dos estudantes de Medicina.

É inegável que o PACK melhora o cuidado na APS, mas seu impacto pode ser ainda maior se bem aceito e utilizado adequadamente pelos profissionais. Na realidade de Florianópolis, todas as equipes de APS contam com médico (exceto faltas temporárias), sendo este um grupo profissional estratégico na implementação do PACK. Considerando o ambiente peculiar da implantação desta ferramenta já consolidada, busca-se estudar a utilização da mesma com foco na categoria médica, a fim de desvelar barreiras e facilitadores desta utilização, no intuito de oferecer aos responsáveis informações que otimizem sua implementação, fazendo com que as diretrizes ali contidas sejam efetivamente utilizadas no cuidado aos pacientes. Pretende-se também identificar se os profissionais identificam e utilizam o PACK como uma ferramenta de apoio ao ensino dos estudantes de Medicina.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Em tempos de Medicina Baseada em Evidências é “evidente” a profusão das diretrizes de prática clínica, o que vem aumentando desde a época do pós guerra do século passado. Inicialmente criticadas, sob a alegação de que poderiam “rotinizar” demasiadamente o trabalho médico e assim diminuir sua qualidade, elas foram aos poucos sendo adotadas (Margo 2004 e McNeil 2001, apud Weisz et al; 2007). Ainda segundo Weisz (2007), a utilização de diretrizes teria sido imposta aos médicos por políticos e administradores devido ao aumento do custo da saúde. No entanto, em um segundo momento, os próprios médicos estariam buscando sua autonomia profissional frente às pressões administrativas ao redigirem suas diretrizes. Finalmente, ele propõe uma terceira explicação para esta profusão de diretrizes, que seria uma forma de regular a qualidade da prática médica não só por administradores, mas também de maneira menos formal entre os próprios médicos, para trazer ordenação e coerência frente à rápida expansão e heterogeneidade da prática profissional.

Entretanto, conhecer a existência de diretrizes, não significa que estas serão utilizadas. Armstrong e Ogden (2006) lembram que há mais de 30 anos se sabe que o processo de oferecer tratamento na prática clínica não é um processo totalmente racional. Eles afirmam que a simples disseminação da informação não muda comportamentos, a não ser se apoiadas por outras extensivas estratégias de reforço, sendo este um problema complexo que necessita de soluções multifacetadas.

Em 1999, Cabana et al já afirmavam que para chegar a resultados com o paciente, uma diretriz deve antes afetar o conhecimento do médico, depois suas atitudes e finalmente seu comportamento. E, apesar do comportamento poder ser alterado sem alterações de conhecimento e atitudes, ele só será sustentado se afetar os anteriores. Os autores trazem os conceitos de barreiras dificultando a mudança de comportamento e as dividem em três grupos: as de conhecimento, as de atitude e as de comportamento. Na busca da transposição destas barreiras, muitas estratégias tem sido testadas, e cabe aqui a revisão de alguns conceitos. Davis e Taylor-Vaisey (apud Cabana et al, 1999) trazem os conceitos de

difusão, sendo este a distribuição da informação; de disseminação, sendo este mais ativo, com a comunicação da informação para melhorar conhecimento e habilidades; e por fim a implementação, que se refere a disseminação ativa, envolvendo estratégias para transpor barreiras.

Boaz, Baeza e Fraser (2011) relatam que apesar de pesados investimentos em pesquisa na saúde, ainda persistem muitos desafios em traduzir os conhecimentos para políticas e práticas que melhorem o cuidado aos pacientes. O hiato entre os achados de pesquisas e a prática clínica é bem documentado e várias intervenções tem sido estudadas para implementar o conhecimento no atendimento ao paciente. A implementação de evidências na prática requer intervenções complexas que precisam considerar questões do contexto e do processo.

Cochrane et al. (2007) apontam que intervenções desenhadas para a mudança de prática devem ser baseadas em avaliações acuradas das necessidades e variáveis que suportam ou impedem o alcance dos resultados esperados, sendo assim é imperativo verificar a abordagem metodológica para a avaliação das necessidades locais. Sem esta análise local os profissionais se veem presos no abismo entre evidência global e realidade local, ou seja, não há uma receita universal para implantação de diretrizes, mas empregar metodologias efetivas para entender as barreiras locais leva a melhores resultados nas intervenções.

Considerando a Atenção Primária à Saúde (APS), verificamos que ela tem um contexto bastante particular e ao mesmo tempo heterogêneo, fato que é corroborado na literatura. Esta complexidade se dá uma vez que a composição das equipes, a estrutura organizacional, a cultura e a prática de trabalho podem variar de um país para o outro, além disso ela costuma ter uma cultura de pesquisa e implementação próprias. Tais fatores contribuem para o hiato evidência-prática neste contexto. Grande parte das mudanças de prática na APS envolvem intervenções complexas que são particularmente difíceis de implementar, uma vez que necessitam de alterações em múltiplos níveis (LAU et al., 2015). Intervenções complexas são aquelas que dependem de muitos componentes interconectados como: o número de comportamentos afetados, o número e nível de organizações afetados, número de desfechos afetados, o grau de flexibilidade e adaptação permitida pela intervenção, e até

mesmo a interação destes fatores nos grupos de intervenção e controle (CRAIG et al., 2008). Um trabalho qualitativo com médicos da APS do Reino Unido encontrou como pontos chave para sua educação a troca de experiências entre profissionais da atenção primária e secundária e um grande poder na verificação dos efeitos de experimentações clínicas. A identidade profissional é adquirida muito mais pela experiência do que pelo conhecimento, e tentativas de mudar comportamento dos médicos deve levar isso em consideração (ARMSTRONG e OGDEN, 2006).

Na busca do entendimento das mudanças comportamentais, a Teoria do Comportamento Planejado, do inglês *Theory of Planned Behaviour* (TPB), postulada por Icek Ajzen ainda na década de 1980 (AJZEN, 1991), fornece uma grade conceitual que tenta entender as mudanças de comportamento humano em diversas situações. Ela sustenta que a mudança de comportamento tem base em três fatores primários: a atitude em relação ao comportamento, as normas subjetivas, e o controle percebido sobre o comportamento. Estes levarão a uma intenção e então ao comportamento esperado. Estudos corroboram sua utilidade na avaliação do comportamento médico em implementação de intervenções tais como diretrizes (KORTTEISTO et al, 2010). Um estudo refere que o modelo baseado nos três fatores primários falhou em prever o comportamento esperado, mas dois fatores foram associados com a predição do comportamento: as normas subjetivas e o controle percebido. No entanto, este estudo não seguiu as recomendações do autor da teoria, sendo feita uma adaptação da escala dos questionários (KRAMER et al., 2014).

Mais recentemente uma revisão do Reino Unido feito com médicos da APS, que é dado como o contexto mais complexo para realizar implementações de diretrizes (MCKENNA, ASHTON e KEENEY, 2004; LAU et al.; 2014), concluiu que os fatores atuantes como barreiras e facilitadores são interdependentes e interagem entre si, não podendo ser avaliados isoladamente.

Lau *et al.* (2016), através de uma revisão sistemática, chegaram a uma estrutura conceitual que descreve elementos chave que influenciam a implementação de ferramentas na APS. Foram elencados 21 temas primários e 40 secundários classificados em 4 níveis, a saber: 1) *Contexto Externo*; 2)

Organização (significando empresa ou ente público, ex.: SMS); 3) *Profissionais*; e 4) *Intervenção*.

Os autores colocam que os planos que mais influenciam a implementação são o dos profissionais e o da intervenção em si, os demais dependem muito do tipo de intervenção. Entendemos que os níveis Contexto Externo e Organização fogem ao escopo desta dissertação, razão pela qual nos concentramos nos outros dois níveis.

No nível *Profissionais* os autores do referido trabalho elencam os temas principais “Competência”, “Papel Profissional”, “Atitudes para Mudança” e “Filosofia do Cuidado”. E dentro destes surgem alguns temas secundários e interrelacionados, que são aqueles mais diretamente relacionados a facilitar ou dificultar a implementação de mudanças. Destacamos os temas principais (no nível *Profissionais*):

- a) Papel Profissional: inclui a capacidade de usar o julgamento profissional para aplicar o conhecimento científico junto com a experiência pessoal e de lidar com as incertezas. Preocupações sobre autonomia e independência de sua prática, confiança reduzida, ou incapacidade de lidar com todo o escopo da prática são consideradas barreiras à implementação. Influência dos pares como atitudes e crenças negativas sobre a ferramenta são também consideradas barreiras à implementação.
- b) Filosofia do Cuidado: inclui o estilo pessoal, que influencia na percepção do encaixe da ferramenta na prática do profissional e a forma de comunicação com os pacientes. Oposição filosófica à ferramenta e preocupação com intervenções na relação médico-paciente pela ferramenta são tidas como barreiras.
- c) Atitudes para a Mudança: atitudes e crenças são moldadas por experiências prévias, educação, treinamento e rede de colegas, tais fatores influenciam positiva ou negativamente nas implementações. Desacordo com as evidências usadas, falta de percepção de utilidade da ferramenta ou crença de que ela aumenta a carga de trabalho são barreiras. Experiências prévias afetam as atitudes profissionais frente a novas mudanças. Também percepção de falta de tempo para implantar novas ideias ou aprender novas habilidades, falta de motivação ou da

consciência da importância da ferramenta são tidas como barreiras a sua implementação.

- d) Competências: treinamento adequado e boas habilidades e experiência com computadores são tidas como facilitadores.

No nível *Intervenção*, os autores citam os seguintes temas principais:

- a) Natureza da Intervenção: inclui a complexidade (quanto mais complexa maior dificuldade), a evidência ou não de benefícios, a aplicabilidade e relevância, custo-efetividade, clareza do instrumento, praticidade e customização para a realidade local.
- b) Implementabilidade (do inglês *implementability*): inclui a complexidade do processo de implementação (maior quanto mais locais e processos envolvidos), as mais complexas tem implementação mais difícil, mas que pode ser amenizada com um plano de adoção em etapas. Relação custo x benefício em relação a outros aspectos do cuidado, a impressão de maior carga de trabalho é uma barreira, o contrário é um facilitador.
- c) Segurança e Privacidade dos Dados: inclui a percepção de segurança dos processos (evidências) e dados (no caso de ferramentas que armazenam informações de pacientes), a maior percepção de segurança é tida como facilitador da implementação.

Evidências da efetividade do PACK em melhorar desfechos e fortalecer o sistema de saúde foram comprovadas por quatro estudos pragmáticos randomizados e controlados do tipo “*cluster*” sendo um ainda não publicado (FAIRALL et al 2005, 2008 e 2015 e ZWARENSTEIN et al, 2011). Estudos com abordagem qualitativa e de custo-efetividade complementam os achados daqueles ensaios (GEORGEU et al., 2012; FAIRALL et al., 2010).

No entanto, mesmo nos estudos qualitativos sobre o PACK e precursores houve pouco enfoque no processo de implementação, sendo priorizados o treinamento e a satisfação profissional em geral. Não houve especificação de uma grade conceitual para estudo do processo de implementação (FAIRALL et al., 2005; FAIRALL et al., 2008; FAIRALL et al., 2012; GEORGEU et al., 2012). E uma boa implementação deve levar em

consideração seu próprio processo, o contexto onde será implantada, ter um bom treinamento e preferencialmente ter embasamento em uma boa abordagem metodológica para identificar as necessidades e variáveis locais que auxiliam ou dificultam a implementação da intervenção (GRIMSHAW et al., 2004; ARMSTRONG e OGDEN, 2006; COCHRANE et al., 2007; BOAZ, BAEZA e FRASER, 2011; LAU et al., 2015).

Se pode observar, portanto, que analisar a utilização de uma ferramenta de suporte a decisão clínica como o PACK, passa também por estudar o comportamento do profissional durante o uso da mesma e as possíveis variáveis que afetam esta utilização.

4. OBJETIVOS

4.1.GERAL

Conhecer o processo de utilização do PACK na prática dos médicos dos Centros de Saúde de Florianópolis, comparando grupos com e sem treinamento.

4.2.ESPECÍFICOS

- 4.2.1. Verificar se características dos profissionais e da ferramenta atuam como dificuldades ou facilitadores da utilização do PACK conforme descrito na literatura;
- 4.2.2. Verificar o uso do PACK como ferramenta de auxílio ao diagnóstico e à conduta e sua correlação com as variáveis independentes;
- 4.2.3. Identificar características dos profissionais que influenciem na utilização do PACK;
- 4.2.4. Identificar o conhecimento dos profissionais acerca do PACK em relação a suas evidências e proposta de uso;
- 4.2.5. Verificar se o PACK é utilizado nos cenários de ensino/aprendizagem;
- 4.2.6. Fornecer informações que possam direcionar racionalmente os esforços de implementação do PACK junto aos médicos.

5. METODOLOGIA

5.1. DELINEAMENTO

O presente estudo foi realizado com delineamento transversal analítico, em que foi analisada a utilização da ferramenta PACK na perspectiva dos médicos da APS em Florianópolis, determinando as barreiras e facilitadores desta utilização, bem como as características pessoais e profissionais que influenciam o uso desta ferramenta.

Pelo referencial utilizado nas aulas do Profsaúde o estudo tem caráter observacional, transversal e analítico (BONITA et al., 2010). E segundo Marconi e Lakatos (2007), se encaixa numa pesquisa de campo quantitativo-descritiva de avaliação de programa (sendo o programa a implementação da ferramenta PACK Adulto versão Florianópolis 2016).

5.2. POPULAÇÃO

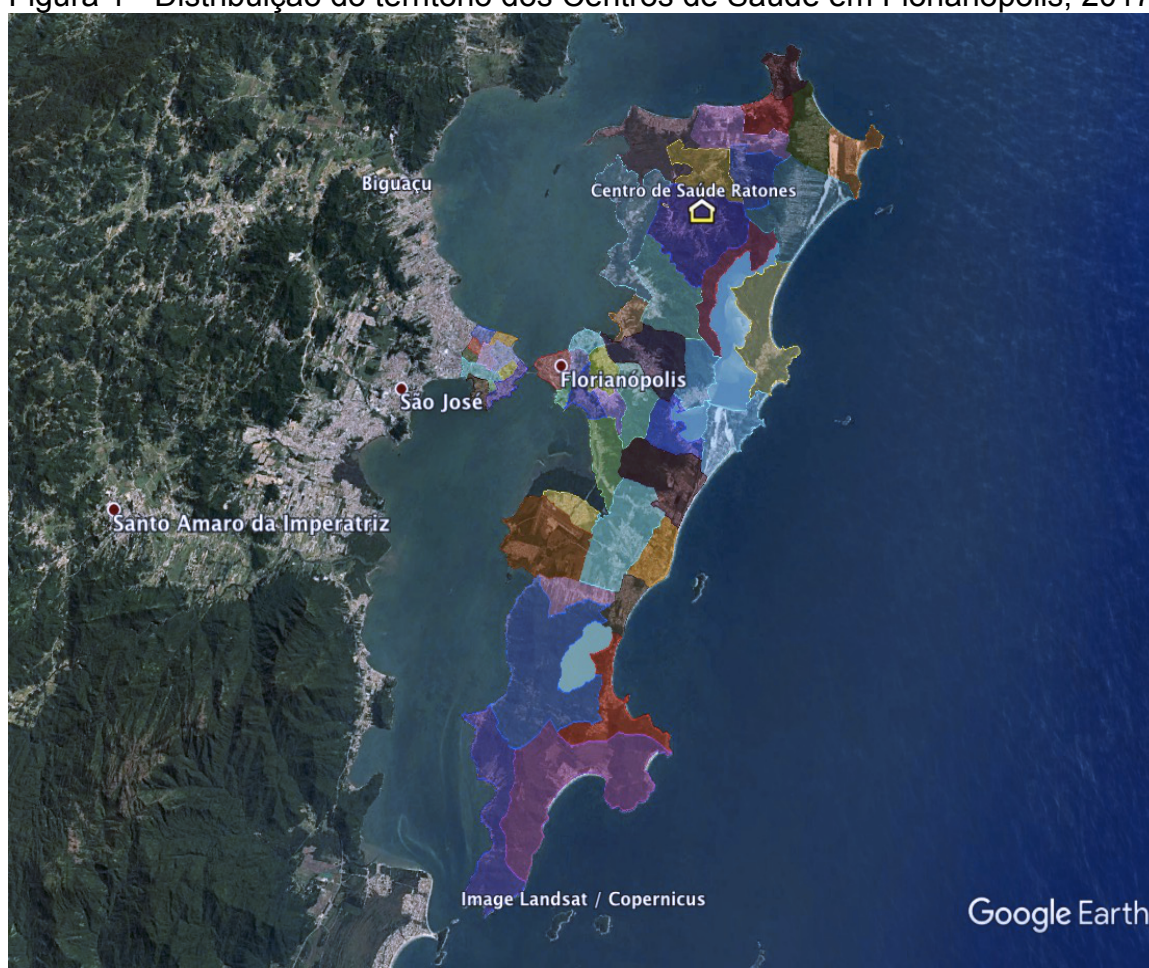
5.2.1. DESCRIÇÃO DO TERRITÓRIO

Florianópolis conta com uma população de 485.838 habitantes segundo estimativa IBGE de 2017, disposta em um território de 675,409 km² perfazendo uma densidade demográfica de 623,68 hab/km² (IBGE, 2017). O território está dividido, para a atenção à saúde, em quatro Distritos Sanitários: Norte, Sul, Centro e Continente. Distribuídos nestes distritos há quarenta e nove Unidades Básicas de Saúde (ou Centros de Saúde – CS – como são chamados localmente) que sediam cento e quarenta e uma Equipes de Saúde da Família e sessenta Equipes de Saúde Bucal que abrangem seiscentas e trinta microáreas (figura 1). Estas equipes de Atenção Básica contam com o apoio de treze equipes NASF. Para a Atenção Especializada o município possui quatro Policlínicas, um Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS) adulto tipo 2, um CAPS infantil (CAPSi) e dois CAPS Álcool e Drogas (CAPS AD), além de convênio com a rede hospitalar estadual e federal e serviços complementares de diagnóstico. Em 2015

Florianópolis foi a primeira capital brasileira a atingir 100% de cobertura populacional pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) segundo os critérios do DAB/MS.

No entanto tal cobertura de ESF sofreu importante redução desde esta época. Em parte impulsionada por um movimento dos servidores municipais de incorporação judicial da gratificação percebida pela carga horária de 40h semanais (gratificação esta superior ao vencimento básico). Tal incorporação coloca os profissionais, obrigatoriamente, no quadro geral de servidores da prefeitura cuja carga horária é de 30h semanais, sob pena de passivo trabalhista futuro. Em parte também pela saída de profissionais e dificuldade de contratação de substitutos devida à Lei de Responsabilidade Fiscal. Assim, a cobertura ESF em janeiro de 2019 era de 64,38%, com uma leve recuperação no semestre, finalizando julho com 75,58%, segundo o Ministério da Saúde (2019).

Figura 1 - Distribuição do território dos Centros de Saúde em Florianópolis, 2017



Fonte: site SMS de Florianópolis

5.2.2. POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população estudada foi composta por um censo com intenção de incluir todos os médicos em atividade nas 141 equipes de Saúde da Família. Incluindo, neste total, setenta e nove das equipes da Saúde da Família que tiveram treinamento na utilização do PACK durante os anos de 2016 e 2017. A distribuição das equipes que receberiam ou não o treinamento foi aleatória e feita pela equipe que realizou a implementação do PACK em Florianópolis. Também foram incluídos no censo os quarenta e dois residentes em Medicina de Família e Comunidade (entre residentes de primeiro, segundo e terceiro ano) do programa próprio da SMS. Os participantes do estudo piloto permaneceram na população de estudo e foram convidados a responderem o questionário on-line assim como os demais, e os questionários respondidos no estudo piloto não entraram no estudo principal.

5.3. INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS

Foi confeccionado um questionário específico para este estudo. Não foram encontrados instrumentos prontos e validados na literatura para avaliar implementação de ferramentas de apoio à decisão, talvez pelo caráter qualitativo inerente ao que tange mudanças de comportamento. No entanto, a literatura é profusa em matrizes teóricas que evidenciam determinadas questões importantes ao se avaliar as implementações. No presente estudo utilizamos o modelo de Lau et al. (2015) com perguntas formuladas para avaliar duas áreas principais da implementação: as características dos profissionais e as características da intervenção com suas subáreas pertinentes. A estrutura do questionário (Apêndice B) leva em consideração também a Teoria do Comportamento Planejado, que se mostrou eficiente em prever atitudes em relação a mudança de comportamento frente a implementação de intervenções (KORTTEISTO et al, 2010).

As opções das perguntas 2.8 (Marque, por ordem de sua preferência, os primeiros 5 auxílios que você utiliza quando tem dúvidas em relação **ao diagnóstico** de um paciente. Registre apenas 5 alternativas.) e 2.10 (Marque, por ordem de sua preferência, os primeiros 5 auxílios que você utiliza quando tem dúvidas em relação **à conduta** frente alguma condição ou doença. Registre apenas 5 alternativas.) levaram em consideração as ferramentas de apoio à decisão clínica mais populares na experiência do autor no seu convívio de mais de oito anos com os colegas, sua experiência como preceptor de graduação de Medicina e da experiência da orientadora como médica e professora de Medicina.

Todos os médicos foram convidados a participar e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi obrigatória para a participação. As perguntas foram objetivas e as respostas formuladas em escala Likert com cinco posições ou com alternativas de escolha simples quando apropriado.

Os questionários eram anônimos e não foi solicitado o e-mail do respondente, o que assegurou o sigilo.

5.4. LOGÍSTICA

O questionário e termo foram configurados via formulários do Google e enviados para os e-mails oficiais das equipes das UBS (informação pública) através da lista de contatos da SMS. Um lembrete com *link* para o questionário foi enviado em 7, 15, 21 e 28 dias através das listas de e-mails do Corpo Clínico de médicos da SMS, dos preceptores da UFSC, da residência em MFC e respectivas listas do aplicativo de mensagens WhatsApp, com espera de mais 7 dias. Após este prazo foi enviado e-mail direcionado aos coordenadores das UBS solicitando que verificassem se todos os profissionais haviam respondido, com reenvio do questionário via e-mail oficial das equipes e novo período de espera de 7 dias. Todo o processo foi realizado de 14 de outubro a 26 de novembro de 2018. O controle do número de questionários respondidos foi feito pelo quantitativo de respostas recebidas por distrito, comparando com o número de equipes de cada distrito com médico atuante.

5.5. ESTUDO PILOTO

Foi realizado estudo piloto com amostra de médicos do Distrito Sanitário Norte abrangendo profissionais com e sem treinamento das UBS do referido distrito. Os participantes do estudo piloto foram elencados aleatoriamente por conveniência, sendo convidados a participarem todos os presentes à reunião distrital de médicos do Distrito Sanitário Norte que acontece toda quarta-feira de cada mês. O autor aplicou o estudo piloto após autorização expressa da SMS para início da coleta de dados. Os questionários, impressos, não foram identificados. As eventuais dúvidas e sugestões dos participantes do estudo piloto foram gravadas pelo autor para análise. Foram aplicados seis questionários presencialmente em julho de 2018 na reunião ordinária mensal dos médicos do Distrito Norte. Todos trabalhavam em UBS distintas do autor. Dos respondentes, todos eram concursados com mais de cinco anos de formado, três participaram de todo o treinamento, dois não participaram e um fez parte do treinamento. Eram cinco mulheres e um homem, cinco especialistas em MFC e um em outra área. O tempo mínimo e máximo para resposta foram, respectivamente, 6 e 18 minutos, com média de 11,5 minutos. Não houve necessidade de alteração do conteúdo do questionário, apenas as questões 2.8 e 2.10 passaram a ter uma ordem de preferência como resposta. Os questionários respondidos foram desprezados e os participantes receberam o questionário on-line para o estudo principal.

5.6. PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram processados por análise univariada (frequência percentual) para verificar as características da população de estudo (vide Tabela 1) e regressão logística binária não hierárquica, cruzando as variáveis dependentes (VD) com as variáveis independentes (VI) ou preditores, após dicotomização. Optou-se pela não hierarquização devido à difícil ordenação das variáveis independentes de acordo com o referencial teórico e literatura. Foi feito teste de multicolinearidade entre as VI antes da regressão logística através dos testes de tolerância e VIF (Variance Inflation Factor) do SPSS. Utilizou-se o teste de Hosmer-Lemeshow para verificar a qualidade do modelo construído. Preditores

com valor de $p < 0,20$ no bloco inicial foram reanalisadas no bloco seguinte. O valor de p assumido foi de 0,05 para a análise final. Os resultados foram analisados à luz dos valores de razão de chances (*odds ratio*) e intervalo de confiança encontrados.

Sugestão de fazer Poisson e hierárquica (Gisele)

Inicialmente foi feita uma análise descritiva das opções assinaladas pelos participantes nas questões 2.8 (indicação dos primeiros 5 auxílios ao diagnóstico) e 2.10 (indicação dos primeiros 5 auxílios à conduta). Para isso foi feito o agrupamento das 5 opções, e depois das 2 primeiras através de conjunto de repostas múltiplas e depois analisada isoladamente a primeira opção, e todas comparadas com a VI “Treinamento” através de tabulação cruzada simples com teste de Qui-quadrado. Para esta análise as VD “Uso do PACK como 1º auxílio ao diagnóstico” e “Uso do PACK como 1º auxílio à conduta” foram dicotomizadas em sim (valor 1) e não (valor 0).

As variáveis independentes “*Treinamento*” e “*Vínculo com SMS*” foram reagrupadas devido ao quantitativo pequeno em alguns grupos para a realização das análises e sem prejuízo dos objetivos do estudo. “*Treinamento*” foi reagrupada de “total”, “parcial” ou “não realizado” para dicotômica: “participou” (total e parcial) ou “não”. “*Vínculo*” foi reagrupada de “concursado”, “temporário”, “R1”, “R2” e “R3” para dicotômica “concursado” ou “residente”. Houve apenas 1 respondente temporário que foi excluído. A variável “*carga horária*” foi dicotomizada, 20h e 30h foram agrupadas em “até 30h” e 40h e 60h em “40h ou mais”.

As perguntas em escala Likert também foram dicotomizadas. Neste processo, inicialmente a escala foi codificada em ordem crescente como segue: 1= discordo totalmente, 2= discordo parcialmente, 3= neutro, 4= concordo parcialmente e 5= concordo totalmente. Exceto para as questões 2.15 e 3.2 do questionário que tinham contexto inverso, nestas os valores acima foram invertidos. Para dicotomização assumimos que os valores de 1 a 3 foram equivalentes a “não” (que recebeu o valor “0”) e de 4 a 5, equivalentes a “sim” (recebeu o valor “1”).

Seis variáveis foram construídas através da somatória de algumas questões do questionário, de acordo com a matriz conceitual utilizada, vide Quadro 1 abaixo.

Quadro 1 - Matriz conceitual associada ao questionário utilizado

MATRIZ CONCEITUAL		
Variável independente	Descrição	Questões a que se refere no questionário
	Características dos profissionais	
1- Papel profissional	Capacidade de usar o julgamento profissional para aplicar conhecimento científico junto com a experiência pessoal e de lidar com incertezas. Preocupações sobre autonomia e independência da prática, confiança reduzida, incapacidade de lidar com escopo da prática são barreiras. Influência negativas dos pares sobre a ferramenta também são barreiras.	2.2. Tenho autonomia para tomar minhas condutas clínicas no dia a dia do meu trabalho no Centro de Saúde. 2.3. Tenho autonomia para mudar meu processo de trabalho no Centro de Saúde. 2.12. A maioria dos meus colegas fala bem do PACK.
2- Filosofia do cuidado	Estilo pessoal, influência da percepção da ferramenta dentro da prática profissional, forma de comunicação com os pacientes. Oposição filosófica à ferramenta e preocupação com intervenções na relação médico-paciente são barreiras.	2.4. Costumo consultar alguma fonte (livro, sites, aplicativos, telessaúde, etc) quando tenho dúvidas em relação à conduta ou diagnóstico de algum caso clínico 2.5. Não me importo em consultar alguma fonte na frente dos pacientes se tenho dúvidas. 2.6. Se necessário, geralmente tenho tempo para consultar alguma fonte durante as consultas. 2.7. Eu geralmente utilizo o PACK ou outros protocolos no meu dia a dia. 2.13. Considero que ferramentas como o PACK melhoram minha prática. 2.14. Considero que ferramentas como o PACK melhoram minha relação com os pacientes.
3- Atitudes para a mudança	Atitudes e crenças são moldadas por experiências prévias, educação, treinamento e rede de colegas. Desacordo com as evidências, falta de percepção de utilidade da ferramenta ou crença de que aumenta o trabalho são barreiras. Percepção de falta de tempo para novas ideias ou novas habilidades, falta de motivação ou da consciência da importância da ferramenta são barreiras.	2.15. Considero que o PACK aumentou minha carga de trabalho. 2.16. Sou a favor da implantação de ferramentas como o PACK. 2.17. Se o PACK orienta uma conduta diferente da minha opinião, costumo seguir a orientação do PACK.
4- Competências	Treinamento adequado e boas habilidades e experiência com computadores são tidas como facilitadores.	2.1. Considero minha habilidade geral com computadores muito boa. 2.18. Eu costumo utilizar a versão e-book no computador ou celular.
	Características da intervenção	
1- Natureza da Intervenção	Complexidade (quanto mais complexa maior dificuldade), a evidência ou não de benefícios, aplicabilidade e relevância, custo-efetividade, clareza do instrumento, praticidade e customização para a realidade local.	3.1. O PACK é uma ferramenta de apoio a decisão clínica. 3.2. O PACK foi criado pela Secretaria de Saúde de Florianópolis. 3.3. O PACK e outros instrumentos semelhantes (PAL, PALS, PALS plus, AIDPI) têm boas evidências de melhorarem o cuidado nas populações onde aplicados. 3.4. O conteúdo do PACK tem uma boa aplicabilidade na minha prática diária. 3.5. O PACK é fácil de ser utilizado. 3.6. Eu gosto de utilizar o PACK.
2- Implementabilidade	Complexidade do processo de implementação, as mais complexas tem implementação mais difícil. Relação custo x benefício em relação a outros aspectos do cuidado, impressão de maior carga de trabalho.	Se aplicam na sua maioria ao gestor e profissionais envolvidos na implementação. A sensação de carga de trabalho está incluída nos fatores dos profissionais.
3- Segurança e Privacidade dos Dados	Percepção de segurança dos processos (evidências) e dados, a maior percepção de segurança é tida como facilitador da implementação.	3.8. Acredito que utilizar o PACK aumenta a segurança do paciente. 3.9. Tenho confiança nas orientações de conduta do PACK.

Fonte: autoria própria.

Neste processo de somatório, as questões foram inicialmente dicotomizadas (vide acima), depois somados os valores dicotomizados, como segue:

1. Variável “Papel profissional”: Dicotomização das questões 2.2 *Tenho autonomia para tomar minhas condutas clínicas no dia a dia do meu trabalho no Centro de Saúde.*, 2.3 *Tenho autonomia para mudar meu processo de trabalho no Centro de Saúde.*, e 2.12 *A maioria dos meus colegas fala bem do PACK.* Valores 1, 2 e 3 = 0 (não). Valores 4 e 5= 1(sim). Soma das 3 novas variáveis dicotomizadas criando nova variável escalar com valor de 0 a 3. Dicotomização em nova variável com valores: 0 e 1= 0 (não relevante) e 2 e 3= 1 (relevante). Esta última variável será nossa VI para regressão.
2. Variável “Filosofia do Cuidado”: Dicotomização das questões 2.4 *Costumo consultar alguma fonte (livro, sites, aplicativos, telessaúde, etc) quando tenho dúvidas em relação à conduta de algum caso clínico.*, 2.5 *Não me importo em consultar alguma fonte na frente dos pacientes se tenho dúvidas.*, 2.6 *Se necessário, geralmente tenho tempo para consultar alguma fonte durante as consultas.*, 2.7 *Eu geralmente utilizo o PACK ou outros protocolos no meu dia a dia.*, 2.13 *Considero que ferramentas como o PACK melhoram minha prática.*, e 2.14 *Considero que ferramentas como o PACK melhoram minha relação com os pacientes.* Valores 1, 2 e 3 = 0 (não). Valores 4 e 5= 1 (sim). Soma das 6 novas variáveis dicotomizadas criando nova variável escalar com valor de 0 a 6. Dicotomização em nova variável com valores: 0 a 3= 0 (não) e 4 a 6= 1 (relevante).
3. Variável “Atitudes para Mudança”: Dicotomização das questões 2.15 *Considero que o PACK aumentou minha carga de trabalho.*, 2.16 *Sou a favor da implantação de ferramentas como o PACK.* e 2.17 *Se o PACK orienta uma conduta diferente da minha opinião, costumo seguir a orientação do PACK.* Valores 1, 2 e 3 = 0 (não). Valores 4 e 5= 1 (sim). Soma das 3 novas variáveis dicotomizadas criando nova variável escalar com valor de 0 a 3. Dicotomização em nova variável com valores: 0 e 1= 0 (não) e 2 e 3= 1 (relevante).
4. Variável “Competências”: Dicotomização das questões 2.1 *Considero minha habilidade geral com computadores muito boa.* e 2.18 *Eu costumo utilizar a versão e-book no computador ou celular.* Valores 1, 2 e 3 = 0 (não). Valores 4

e 5= 1 (sim). Soma das 2 novas variáveis dicotomizadas criando nova variável escalar com valor de 0 a 2. Dicotomização em nova variável com valores: 0 = 0 (não) e 1 e 2= 1 (relevante).

5. Variável “Natureza da Intervenção”: Dicotomização das questões *3.1 O PACK é uma ferramenta de apoio a decisão clínica.*, *3.2 O PACK foi criado pela Secretaria de Saúde de Florianópolis.*, *3.3 O PACK e outros instrumentos semelhantes (PAL, PALSA, PALSA plus, AIDPI) têm boas evidências de melhorarem o cuidado nas populações onde aplicados.*, *3.4 O conteúdo do PACK tem uma boa aplicabilidade na minha prática diária.*, *3.5 O PACK é fácil de ser utilizado.* e *3.6 Eu gosto de utilizar o PACK.*. Valores 1, 2 e 3 = 0 (não). Valores 4 e 5= 1 (sim). Soma das 6 novas variáveis dicotomizadas criando nova variável escalar com valor de 0 a 6. Dicotomização em nova variável com valores: 0 a 3= 0 (não) e 4 a 6= 1 (relevante).
6. Variável “Segurança e Confiança”: Dicotomização das questões *3.8 Acredito que utilizar o PACK aumenta a segurança do paciente.* e *3.9 Tenho confiança nas orientações de conduta do PACK.* Valores 1, 2 e 3 = 0 (não). Valores 4 e 5= 1 (sim). Soma das 2 novas variáveis dicotomizadas criando nova variável escalar com valor de 0 a 2. Dicotomização em nova variável com valores: 0 = 0 (não) e 1 e 2= 1 (relevante).

Além dos grandes grupos com e sem treinamento, foram avaliadas algumas variáveis que podem influenciar na aceitação e utilização da ferramenta, como gênero, tempo de formado e horário de trabalho na UBS. Ainda foi incluído o distrito onde o profissional trabalha para fornecer ao gestor informações de onde deve focar o treinamento. Da experiência do autor e orientadoras e da revisão da literatura emergiram algumas hipóteses preliminares de que a utilização do PACK é maior por: a) os médicos especialistas em MFC; b) os médicos formados há menos de 5 anos e c) os residentes. E dentre todos estes os que receberam treinamento. Assim as variáveis dependentes foram analisadas com as variáveis independentes (ou preditores) “*Treinamento*”, “*Gênero*”, “*Carga horária*”, “*Tempo de formado*”, “*Vínculo*” (residente ou efetivo), “*Papel profissional*”, “*Filosofia do cuidado*”, “*Atitude para mudança*”, “*Competências*”,

“Natureza da intervenção” e “Segurança e privacidade dos dados”. Foram dois modelos de regressão logística analisando os preditores acima respectivamente com as Variáveis Dependentes: *“Escolha do PACK como 1º e 2º auxílio ao diagnóstico”* e *“Escolha do PACK como 1º e 2º auxílio à conduta”*.

As variáveis dependentes acima descritas foram derivadas das perguntas 2.8 e 2.10 do questionário em que o respondente deveria responder até sua quinta opção de auxílio ao diagnóstico e conduta, respectivamente. A marcação de uma opção como 1ª escolha excluía as outras e assim por diante até a 5ª opção, portanto uma opção marcada como 1ª não poderia ser novamente marcada como 2ª, evitando duplicidade. Assim cada pergunta gerou 5 respostas: 1ª, 2ª, 3ª, 4ª e 5ª opção de auxílio ao diagnóstico e de auxílio à conduta. As respostas obtidas como primeira e segunda opção foram dicotomizadas em “PACK” (que recebeu o valor 1) e “outros” (valor 0) e em seguida somadas criando as novas variáveis dependentes descritas acima.

As análises foram realizadas no programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 23.0.

6. RESULTADOS

Responderam ao questionário 96 médicos, perfazendo uma porcentagem de 72,18% dos médicos ativos no momento da enquete em Florianópolis e abrangendo 68,09% das equipes (oito equipes estavam sem médico). Dentre os 42 residentes ativos obtivemos 57,14% de resposta. Foi excluído da análise um respondente da categoria de vínculo temporário por ser o único na mesma. Dos 95 questionários analisados, 48 fizeram treinamento e 47 não. Setenta e um são médicos efetivos e 24 são residentes. Dos 71 efetivos, 38 fizeram treinamento; dos residentes, 10 fizeram treinamento. Dos médicos efetivos, 60 relataram ser especialistas em MFC; no grupo de MFC 32 fizeram o treinamento e no grupo não MFC, 6 o fizeram. Ainda dos 71 efetivos, 66 tem 5 ou mais anos de formado, dos 28 sujeitos formados há menos de 5 anos, apenas 4 não eram residentes. O resumo da distribuição da população nos grupos de estudo se encontra abaixo.

Tabela 1 - caracterização da população entre os grupos de estudo.

		Fez treinamento		Total (de cada linha) n (% do total)
		sim n (% do grupo)	não n (% do grupo)	
Gênero	masculino	17 _a (43,6%)	22 _a (56,4%)	39 (41,1%)
	feminino	31 _a (55,4%)	25 _a (44,6%)	56 (58,9%)
Carga horária	40h ou +	40 _a (50,6%)	39 _a (49,4%)	79 (83,2%)
	até 30h	8 _a (50,0%)	8 _a (50,0%)	16 (16,8%)
Vínculo: concursado ou residente	concursado	38 _a (53,5%)	33 _a (46,5%)	71 (74,7%)
	residente	10 _a (41,7%)	14 _a (58,3%)	24 (25,3%)
Especialização	MFC*	35 _a (54,7%)	29 _a (45,3%)	64 (67,4%)
	outras	6 _a (66,7%)	3 _a (33,3%)	9 (9,5%)
	sem especialização	7 _a (31,8%)	15 _a (68,2%)	22 (23,2%)
Tempo de formado	menos de 5 anos	11 _a (39,3%)	17 _a (60,7%)	28 (29,5%)
	5 ou mais anos	37 _a (55,20%)	30 _a (44,8%)	67 (70,5%)
Distrito onde trabalha	centro	12 _a (38,7%)	19 _a (61,3%)	31 (32,6%)
	continente	16 _b (76,2%)	5 _a (23,8%)	21 (22,1%)
	norte	11 _a (50,0%)	11 _a (50,0%)	22 (23,2%)
	sul	9 _a (42,9%)	12 _a (57,10%)	21 (22,1%)
Total geral		48 (50,5%)	47 (49,5%)	95 (100%)

*Medicina de Família e Comunidade

Cada letra de subscrito indica um subconjunto de Fez treinamento categorias cujas proporções da coluna não se diferem significativamente umas das outras no nível ,05.

As respostas em escala Likert, como já descrito, foram dicotomizadas, agrupadas e utilizadas para formar as variáveis da matriz conceitual. Os dados brutos das questões Likert se encontram na tabela 2.

Tabela 2 – Resultados das questões em escala Likert.

Item	Discordo Total		Discordo Parcial		Neutro		Concordo Parcial		Concordo Total	
	f(abs)	f(%)	f(abs)	f(%)	f(abs)	f(%)	f(abs)	f(%)	f(abs)	f(%)
2.1. Boa habilidade com computadores	2	2,10%	9	9,5%	12	12,6%	40	43,2%	32	32,6%
2.2. Autonomia na decisão clínica	0	0,0%	2	2,1%	4	4,2%	28	29,5%	61	64,2%
2.3. Autonomia no processo de trabalho	7	7,4%	11	11,6%	17	17,9%	39	41,1%	21	22,1%
2.4. Consulta fonte se dúvida diagn/conduta	1	1,1%	0	0,0%	2	2,1%	21	22,1%	71	74,7%
2.5. Costumo consultar na frente pacientes	0	0,0%	3	3,2%	3	3,2%	31	32,6%	58	61,1%
2.6. Tenho tempo para consultar fonte	1	1,1%	12	12,6%	14	14,7%	50	52,6%	18	18,9%
2.7. Costuma usar o PACK ou outros	1	1,1%	5	5,3%	8	8,4%	37	38,9%	44	46,3%
2.12. Colegas falam bem do PACK.	2	2,1%	4	4,2%	9	9,5%	46	48,4%	34	35,8%
2.13. Ferram PACK melhoram prática.	1	1,1%	3	3,2%	5	5,3%	26	27,4%	60	63,2%
2.14. Ferram PACK melhoram rel pctes	4	4,2%	9	9,5%	36	37,9%	31	32,6%	15	15,8%
2.15. PACK aumentou meu trabalho.	51	52,6%	19	21,1%	11	11,6%	9	9,5%	5	5,3%
2.16. Sou a favor de ferram como PACK.	1	1,1%	4	4,2%	1	1,1%	21	22,1%	68	71,6%
2.17. Se tenho conduta diferente, sigo PACK.	4	4,2%	13	13,7%	21	22,1%	39	41,1%	18	18,9%
2.18. Costumo utilizar e-book	29	30,5%	17	17,9%	11	11,6%	15	15,8%	23	24,2%
2.19. Costumo utilizar versão impressa.	11	11,6%	9	9,5%	4	4,2%	26	27,4%	45	47,4%
3.1. PACK é ferram de apoio a decisão clínica	1	1,1%	1	1,1%	2	2,1%	18	18,9%	73	76,8%
3.2. PACK foi criado pela SMS	44	47,4%	12	12,6%	18	17,9%	13	13,7%	8	8,4%
3.3. PACK tem boas evid melhorar cuidado	0	0,0%	0	0,0%	14	14,7%	31	32,6%	50	52,6%
3.4. PACK tem boa aplicabilidade	1	1,1%	4	4,2%	5	5,3%	26	27,4%	59	62,1%
3.5. PACK é fácil de ser utilizado.	1	1,1%	2	2,1%	10	10,5%	41	43,2%	41	43,2%

Continua

Tabela 2- continuação

3.6. Gosto de usar o PACK	2	2,1%	6	6,3%	6	6,3%	30	31,6%	51	53,7%
3.7. Utilizaria mais se dentro do prontuário	5	5,3%	9	9,5%	28	29,5%	20	21,1%	33	34,7%
3.8. PACK aumenta a segurança do paciente	3	3,2%	8	8,4%	16	16,8%	29	30,5%	39	41,1%
3.9. Confio nas orientações do PACK.	1	1,1%	6	6,3%	4	4,2%	37	38,9%	47	49,5%

As perguntas do questionário visaram conhecer, além de informações pessoais dos indivíduos, seu conhecimento sobre características do PACK e possíveis facilitadores e barreiras para seu uso. A relação das respostas sobre conhecimento e utilização do PACK, já dicotomizadas são apresentadas na tabela 3 abaixo.

Tabela 3 – Frequência das respostas sobre conhecimento e utilização do PACK.

Questão	Respostas			
	sim		não	
	f(abs)	f(%)	f(abs)	f(%)
2.1 Considero minha habilidade com computadores boa	72	75,8%	23	24,2%
2.2 Tenho autonomia em condutas clínicas	89	93,7%	6	6,3%
2.3 Tenho autonomia no processo trabalho	60	63,2%	35	36,8%
2.4 Consulto fonte se dúvida na conduta	92	96,8%	3	3,2%
2.5 Consulto fontes em frente ao paciente	89	93,7%	6	6,3%
2.6 Geralmente tenho tempo consultar fonte	68	71,6%	27	28,4%
2.7 Geralmente uso PACK ou outros no dia a dia	81	85,3%	14	14,7%
2.12 Maioria dos colegas fala bem do PACK	80	84,2%	15	15,8%
2.13 Ferramentas como PACK melhoram prática	86	90,5%	9	9,5%
2.14 Ferramentas como PACK melhoram rel com pcte	46	48,4%	49	51,6%
2.15 PACK aumentou meu trabalho	14	14,7%	81	85,3%
2.16 Sou a favor de ferramentas como PACK	89	93,7%	6	6,3%
2.17 Se minha conduta é diferente, sigo PACK	57	60,0%	38	40,0%

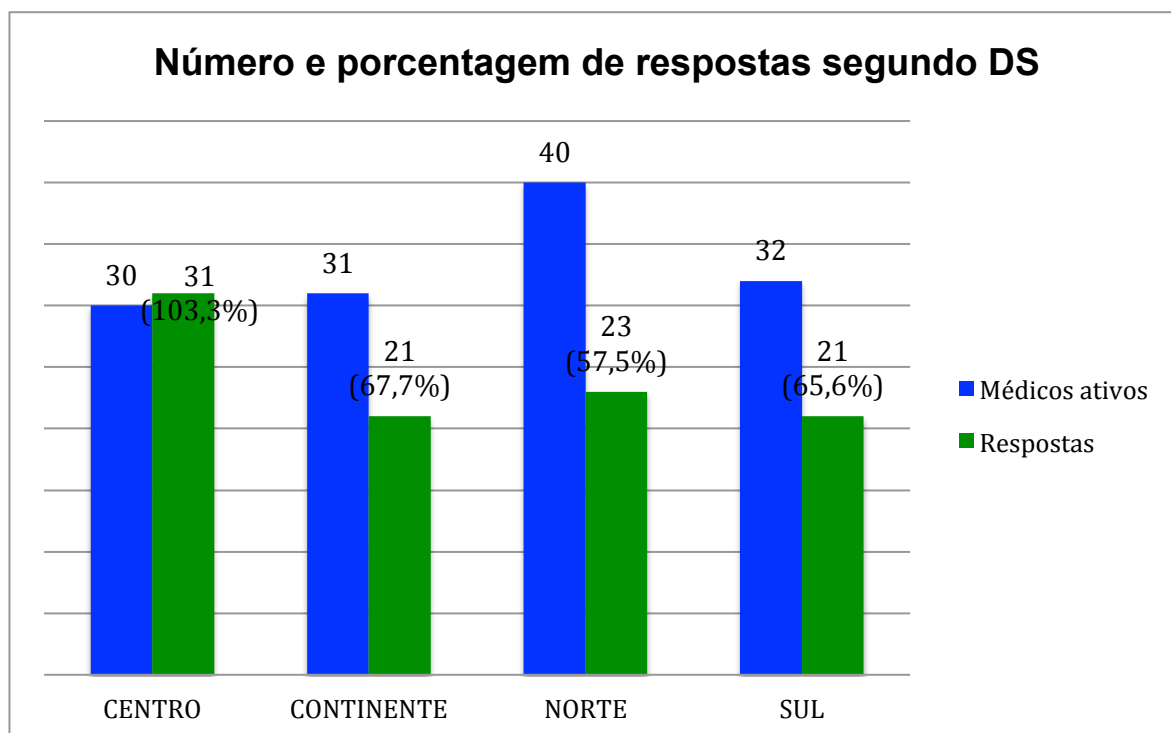
Continua

Tabela 3 – continuação

2.18 Costumo utilizar o e-book	38	40,0%	57	60,0%
2.20 Tenho e-book no computador consultório	55	57,9%	40	42,1%
2.21 Tenho e-book no celular	25	26,3%	70	73,7%
2.22. Tenho versão impressa dentro consultório.	83	87,4%	12	12,6%
2.23. Tenho versão impressa ao alcance das mãos	85	89,5%	10	10,5%
3.1 PACK é ferramenta de apoio à decisão	91	95,8%	4	4,2%
3.2 PACK foi criado pela SMS	21	22,1%	74	77,9%
3.3 PACK e similares têm evidência de melhorar cuidado	81	85,3%	14	14,7%
3.4 O PACK tem boa aplicabilidade na prática	85	89,5%	10	10,5%
3.5 O PACK é fácil ser usado	82	86,3%	13	13,7%
3.7 Usaria mais se dentro do prontuário eletrônico	53	55,8%	42	44,2%
3.6 Gosto de usar o PACK	81	85,3%	14	14,7%
3.8 PACK aumenta segurança do paciente	68	71,6%	27	28,4%
3.9 Confio nas orientações do PACK	84	88,4%	11	11,6%

Quanto a distribuição de respostas por Distrito Sanitário (DS), o DS Centro foi o que mais respondeu. Houve discrepância entre os dados fornecidos pela SMS e a informação advinda das entrevistas, gerando 1 respondente a mais do que o esperado no DS Centro. Revisando os dados fornecidos pela SMS identificamos uma equipe de um CS que constava como sem médico na planilha enviada, mas que efetivamente contava com médico em serviço, daí a porcentagem de 103,3% de resposta (31 de 30 esperados). A distribuição dos respondentes por Distrito Sanitário encontra-se no Gráfico 1.

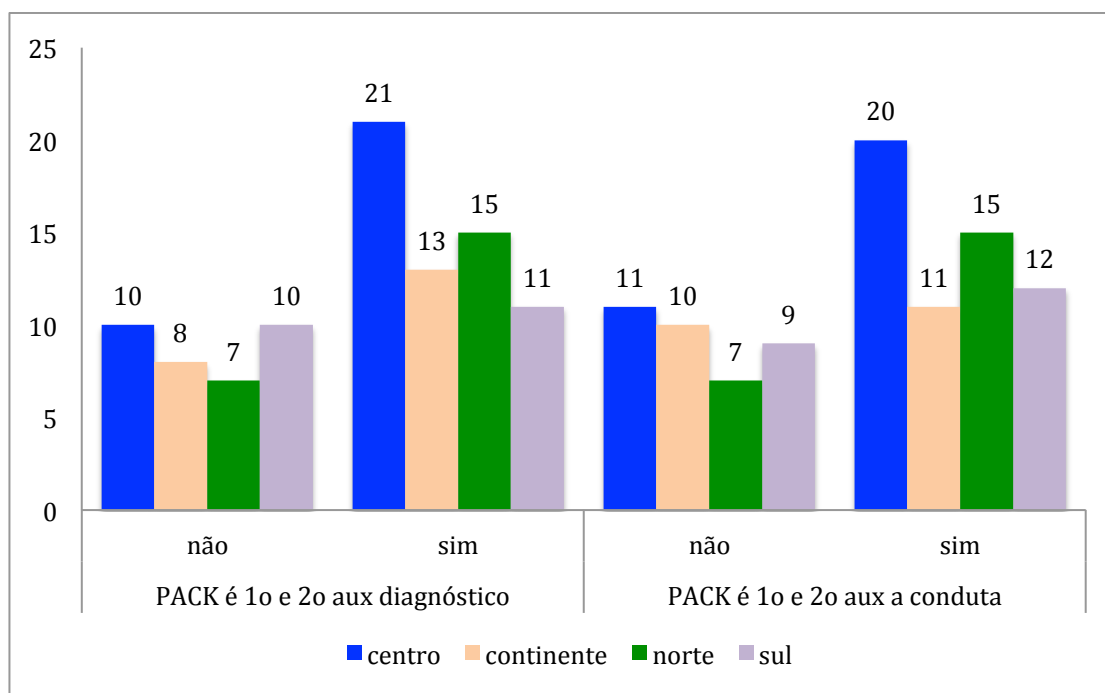
Gráfico 1 - Distribuição dos respondentes segundo o Distrito Sanitário (DS).



Fonte: autoria própria

Ainda quanto aos DS, é interessante comparar as respostas de cada um em relação às variáveis dependentes “Escolha do PACK como 1o e 2o auxílio ao diagnóstico” e “Escolha do PACK como 1o e 2o auxílio à conduta”. Esta comparação vemos no gráfico 2. Em termos percentuais, o DS Centro respondeu sim para uso do PACK como 1o e 2o auxílio ao diagnóstico e à conduta em 67,7% e 64,5% das vezes, respectivamente. Seguido do DS Norte com 68,2% em ambas, do DS Continente com 61,9% e 52,4% e do DS Sul com 52,4% e 57,1% das vezes para diagnóstico e conduta.

Gráfico 2 – Distribuição das respostas das VD por distritos sanitários.



Fonte: autoria própria

A rede municipal de Florianópolis recebe muitos alunos de graduação de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e residentes da SMS, o que faz do PACK uma potencial ferramenta também de ensino e aprendizagem, fazendo um paralelo entre os dados do Gráfico 2 e os dados de alocação dos discentes entre os distritos organizamos uma comparação apresentada na tabela 4.

Tabela 4 – Distribuição dos alunos e residentes e percentual de escolha do PACK como 1ª e 2ª opção de auxílio ao diagnóstico e conduta entre os DS.

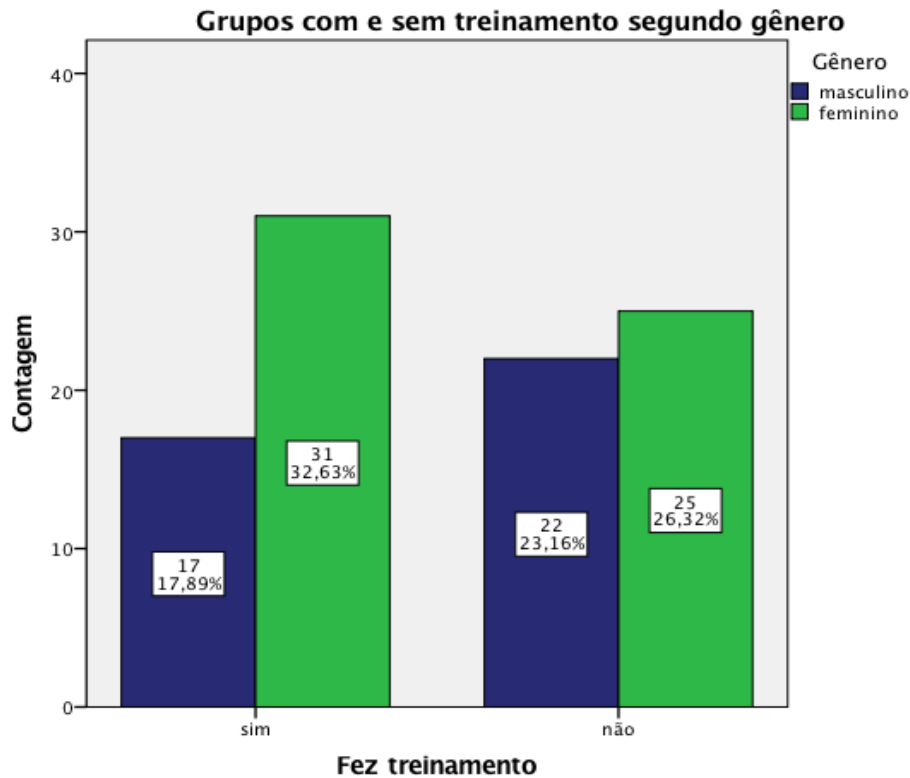
Distrito	5a a 8a fase UFSC	Internato UFSC	Geral UFSC	Residentes SMS R1+R2	Total	1o e 2o aux diagn	1o e 2o aux cond
Centro	8	2	10	14	34	67,7% _a	64,5% _a
Continente	8	16	24	11	59	61,9% _a	52,4% _a
Norte	14	5	19	9	47	68,2% _a	68,2% _a
Sul	18	10	28	5	61	52,4% _a	57,1% _a
Total	48	33	81	39	201		

Cada letra de subscrito indica um subconjunto de Aux Diagn e Aux Cond, categorias cujas proporções da coluna não se diferem significativamente umas das outras no nível ,05.

Fonte: dados fornecidos por UFSC e SMS de Florianópolis, organizado pelo autor.

Quanto à distribuição por gênero, feminino foi maioria, e essa superioridade se acentua no grupo com treinamento, como vemos no gráfico 3.

Gráfico 3 - Distribuição de gênero nos grupos com e sem treinamento.

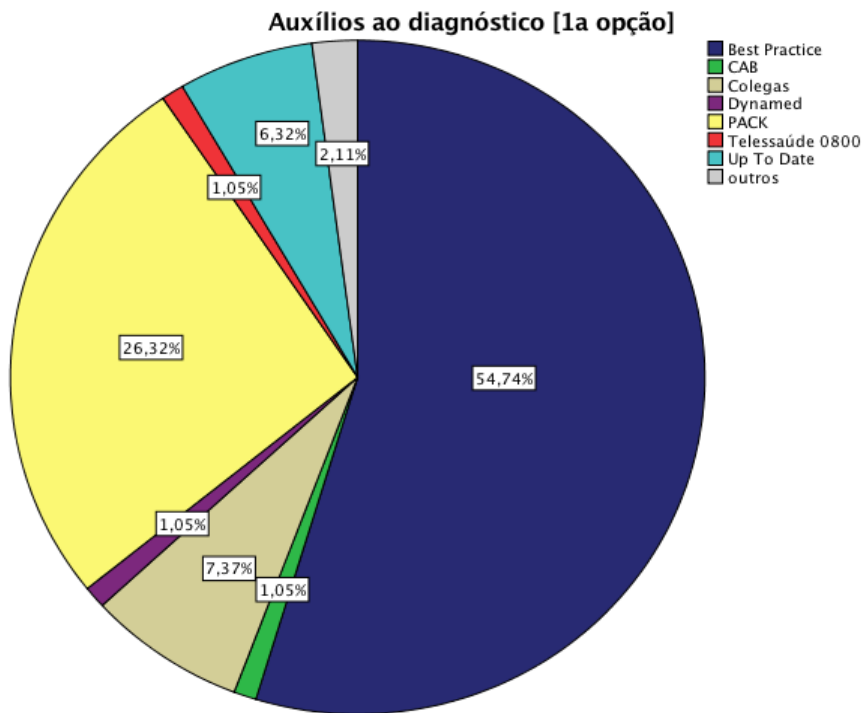


$p > 0,05$ na comparação de gênero nos grupos com e sem treinamento

Fonte: autoria própria

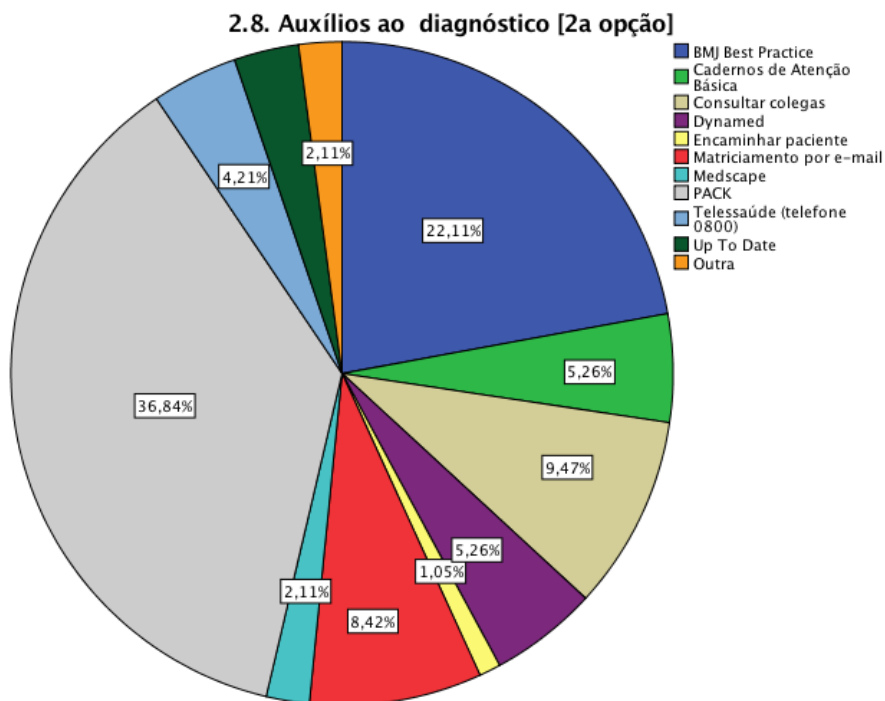
Em relação às escolhas dos participantes ao serem indagados sobre quais opções costumam utilizar quando tem dúvidas sobre o diagnóstico de algum paciente ou a conduta frente a um diagnóstico, os resultados foram bastante variáveis, mas com predomínio de duas principais ferramentas. Em primeiro lugar o BMJ (British Medical Journal) Best Practice (BP), que está disponível para todos os médicos e enfermeiros da SMS de Florianópolis por assinatura institucional. E em segundo lugar o próprio PACK (cuja importante base de referência é o próprio BMJ Best Practice). Comparando as primeiras duas opções de auxílio ao diagnóstico e conduta temos os gráficos 4, 5, 6 e 7 abaixo.

Gráfico 4 – Distribuição da ferramenta escolhida como 1º auxílio diagnóstico dentre as opções sugeridas



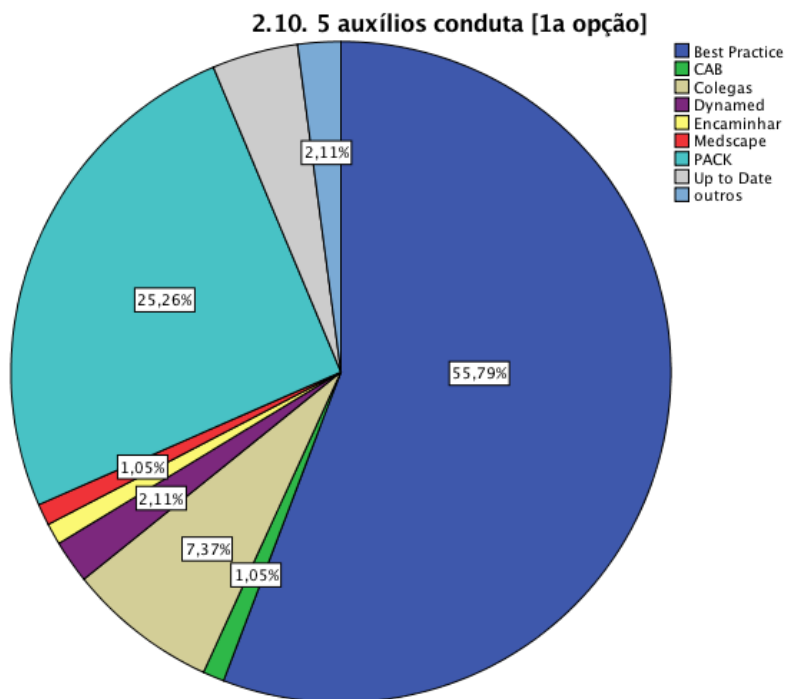
Fonte: autoria própria

Gráfico 5 - Distribuição da ferramenta escolhida como 2º auxílio diagnóstico dentre as opções sugeridas.



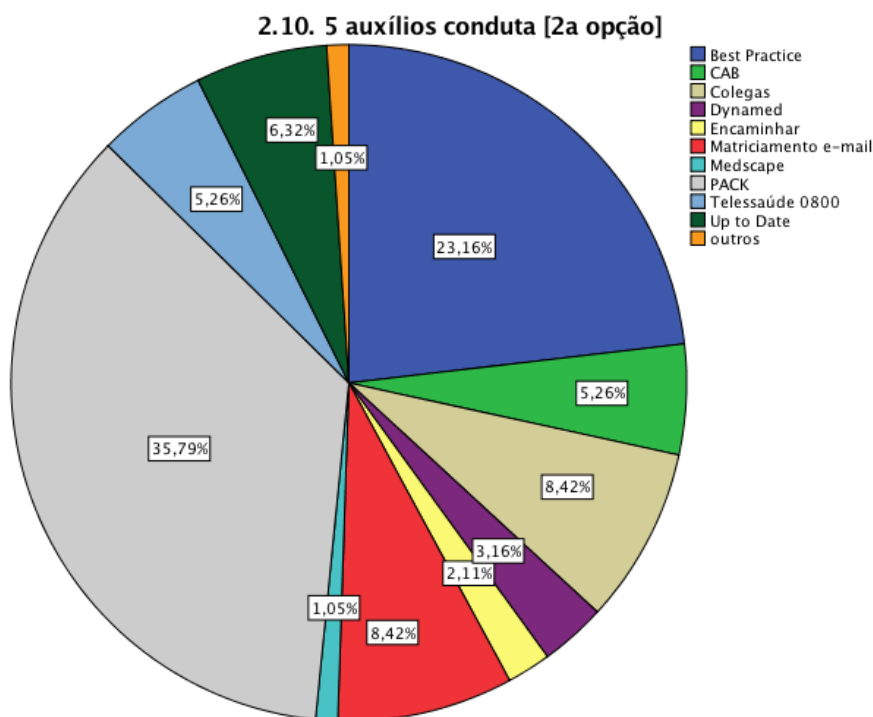
Fonte: autoria própria

Gráfico 6 - Distribuição da ferramenta escolhida como 1º auxílio à conduta dentre as opções sugeridas.



Fonte: autoria própria

Gráfico 7 - Distribuição da ferramenta escolhida como 2º auxílio à conduta dentre as opções sugeridas.



Fonte: autoria própria

Para melhorar a comparação foram formados 3 grupos, um com o somatório de todas as 5 opções (1ª a 5ª), um com o somatório da 1ª e 2ª opção e outro com apenas a 1ª opção, tanto no auxílio ao diagnóstico como para conduta.

No grupo com as 5 opções de auxílio ao diagnóstico, BP aparece em 1º com 18,1% das respostas, seguido do PACK com 17,7%, matriciamento via e-mail com 16,4% e colegas com 13,1%. Dos que escolheram BP, 51,2% fez treinamento. Dos que escolheram PACK 50%. Dos que marcaram matriciamento, 53,8% não fez treinamento e dos que marcaram colegas, 51,6% também não o fez. Todas as respostas encontram-se na tabela 5 abaixo.

Tabela 5 - Somatório das 5 opções de escolhas no auxílio ao diagnóstico.

		Fez treinamento		Total	
		sim	não		
Conjunto todos aux ao diagnóstico ^a	Best Practice	Contagem	44	42	86
		% de sujeitos	46,3	44,2	90,50%
		% das respostas	18,33	17,87	
	Cadernos Atenção Básica	Contagem	18	11	29
		% de sujeitos	18,9	11,6	30,50%
		% das respostas	7,5	4,68	
	Colegas	Contagem	30	32	62
		% de sujeitos	31,6	33,7	65,30%
		% das respostas	12,5	13,62	
	Dynamed	Contagem	9	13	22
		% de sujeitos	9,5	13,7	23,20%
		% das respostas	3,75	5,53	
	Encaminhar	Contagem	22	13	35
		% de sujeitos	23,2	13,7	36,80%
		% das respostas	9,17	5,53	

Continua

Tabela 5 – continuação

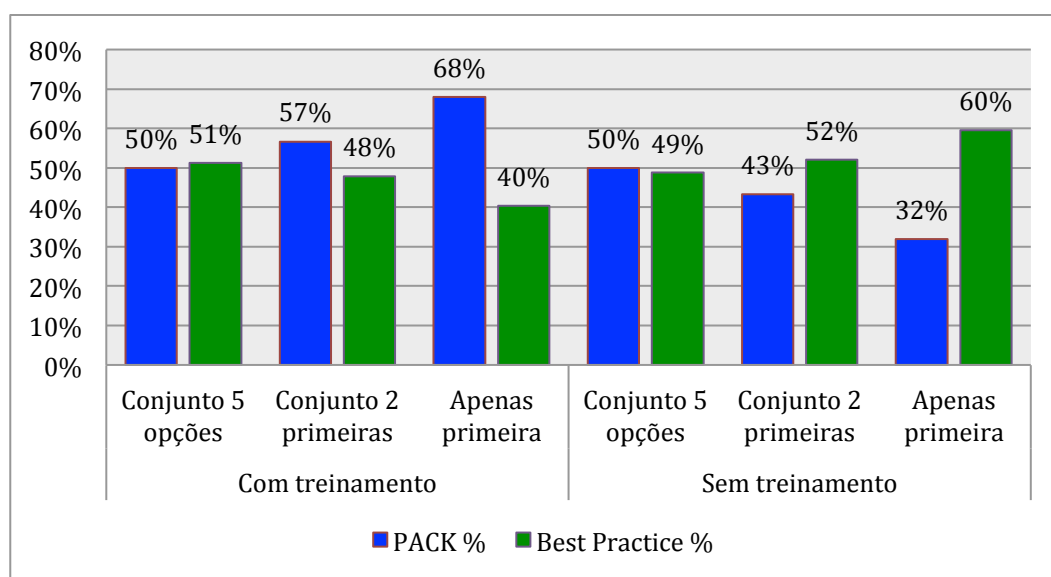
Conjunto todos aux ao diagnostico ^a	Matriciamento e-mail	Contagem	36	42	78
		% de sujeitos	37,9	44,2	82,10%
		% das respostas	15	17,87	
	Medscape	Contagem	6	3	9
		% de sujeitos	6,3	3,2	9,50%
		% das respostas	2,5	1,28	
	PACK	Contagem	42	42	84
		% de sujeitos	44,2	44,2	88,40%
		% das respostas	17,5	17,87	
	Telessaúde 0800	Contagem	16	10	26
		% de sujeitos	16,8	10,5	27,40%
		% das respostas	6,67	4,26	
	Up To Date	Contagem	10	16	26
		% de sujeitos	10,5	16,8	27,40%
		% das respostas	4,17	6,81	
	outros	Contagem	7	11	18
		% de sujeitos	7,4	11,6	18,90%
		% das respostas	2,92	4,68	
Total respostas		240	235	475	
Total sujeitos		48	47	95	
% do Total		50,50%	49,50%	100,00%	

O grupo outros incluiu uma opção de preenchimento livre onde os participantes relataram: Livro, Guia Rápido do RJ, Telessaude RS, Google, Clinical Knowledge Summaries – NICE, preceptor, Medicina Ambulatorial (Duncan), Medline, outros sites em geral, Current de Clínica e Oxford de General Practice, Livro texto como Tratado de MFC, Plataforma telessaude RS em geral - perguntas da semana, guias de encaminhamento, AAFP (American Academy of Family Physician), Cochrane, Manual de Dermatologia, Whitebook, Pubmed, artigos.

No grupo com as 2 primeiras opções de auxílio ao diagnóstico, BP continua em 1º com 38,4% das respostas, seguido do PACK com 31,6%, consultar colegas fica em 3º, mas caindo para 8,4%, e matriciamento segue em 4º lugar, mas caindo para 4,2%. Dos que escolheram BP, 52,1% não fez treinamento. Dos que escolheram PACK 56,7% fez treinamento. Dos que marcaram colegas e matriciamento em ambos 50% fez treinamento.

Comparando apenas a 1ª opção no “auxílio ao diagnóstico”, BP continua em 1º com 54,7% das respostas, seguido do PACK com 26,3%, consultar colegas fica em 3º, mas caindo para 7,4%. Matriciamento cai para 0, não sendo 1ª opção no auxílio ao diagnóstico para nenhum dos entrevistados. Dos que escolheram BP, 59,6% não fez treinamento. Dos que escolheram PACK 68% fez formação. Dos que marcaram colegas, 57,1% fez treinamento. Temos uma tendência de aumento da escolha do PACK para quem fez treinamento nas análises das 5 opções em conjunto, depois das 2 primeiras e somente a primeira, respectivamente: 50%, 56,7% e 68%. Inversamente, notamos o declínio na porcentagem da escolha do BP no grupo com treinamento, com 51%, 48% e 40%, vide gráfico 8. O contrário acontece no grupo sem treinamento, com declínio do PACK e aumento do BP.

Gráfico 8 – Distribuição das duas principais escolhas de auxílio ao diagnóstico nos grupos com e sem treinamento comparando conjuntos com todas as 5 opções contabilizadas, com as 2 primeiras opções e com apenas a primeira opção.



Fonte: autoria própria

No auxílio à conduta, no grupo com todas as 5 opções temos que o PACK aparece em 1º com 18,3% das respostas, seguido do BP com 17,9%, matriciamento com 16,8% e colegas com 12,8%. Dos que escolheram PACK, 51,7% não realizou treinamento. Dos que escolheram BP 50,6% fez treinamento. Dos que marcaram matriciamento, 51,3% não fez. Dos que marcaram colegas, 54,1% fez. Esta informação e as demais escolhas encontram-se na tabela 6.

Tabela 6 - Somatório das 5 opções de escolhas de auxílio à conduta.

		Fez treinamento		Total	
		sim	não		
Conjunto dos 5 auxílios à conduta	Best Practice	Contagem	43	42	85
		%	50,60%	49,40%	
		% do Total	45,30%	44,20%	89,50%
	Cadernos de Atenção Básica	Contagem	15	12	27
		%	55,60%	44,40%	
		% do Total	15,80%	12,60%	28,40%
	Colegas	Contagem	33	28	61
		%	54,10%	45,90%	
		% do Total	34,70%	29,50%	64,20%
	Dynamed	Contagem	8	16	24
		%	33,30%	66,70%	
		% do Total	8,40%	16,80%	25,30%
	Encaminhar	Contagem	25	16	41
		%	61,00%	39,00%	
		% do Total	26,30%	16,80%	43,20%
Matriciamento e-mail	Contagem	39	41	80	
	%	48,80%	51,30%		
	% do Total	41,10%	43,20%	84,20%	
Medscape	Contagem	7	4	11	
	%	63,60%	36,40%		
	% do Total	7,40%	4,20%	11,60%	
PACK	Contagem	42	45	87	
	%	48,30%	51,70%		
	% do Total	44,20%	47,40%	91,60%	
Telessaúde 0800	Contagem	14	9	23	
	%	60,90%	39,10%		
	% do Total	14,70%	9,50%	24,20%	

Continua

Tabela 6 – continuação

Conjunto dos 5 auxílios à conduta	Up to Date	Contagem	9	14	23
		%	39,10%	60,90%	
		% do Total	9,50%	14,70%	24,20%
	outros	Contagem	5	8	13
		%	38,50%	61,50%	
		% do Total	5,30%	8,40%	13,70%
Total	Contagem	48	47	95	
	% do Total	50,50%	49,50%	100,00%	

Porcentagens e totais têm respondentes como base.

No grupo com as 2 primeiras opções de auxílio à conduta, agora BP aparece em 1º com 39,5% das respostas, seguido do PACK com 30,5%, consultar colegas aparece em 3º, mas caindo para 7,9%, e matriciamento cai para 5º lugar com 4,2% das respostas, ficando atrás do Up to Date que agora aparece com 5,3%. Dos que escolheram BP, 50,7% não fez treinamento. Dos que escolheram PACK 53,4% fez. Dos que marcaram colegas, 53,3% fez o treinamento. Dos que marcaram matriciamento, 75% não fez.

Finalmente, no grupo com apenas a primeira opção de auxílio à conduta, BP continua em 1º com 55,8% das respostas, seguido do PACK com 25,3% (caindo em relação ao agrupamento das 2 primeiras opções), consultar colegas fica em 3o com 7,4%. Matriciamento cai para 0, não sendo 1ª opção no auxílio à conduta (assim como não o é para auxílio ao diagnóstico) para nenhum dos entrevistados. Dos que escolheram BP, 58,5% não. Dos que escolheram PACK 66,7% fez treinamento. Dos que marcaram colegas, 57,1% fez treinamento.

Temos uma tendência de aumento da escolha do PACK para quem fez treinamento nas análises das 5 opções em conjunto, 2 primeiras e somente a primeira, respectivamente: 48,3%; 53,4% e 66,7%. Assim como aconteceu no auxílio ao diagnóstico, embora não estatisticamente significativo para p menor ou igual a 0,05.

Frente a esta relação inversa entre escolha do PACK aumentar e do BP diminuir no primeiro auxílio ao diagnóstico e conduta, foi feita uma correlação simples entre escolha do PACK e do BP como 1a opção e participação ou não no treinamento, através de Qui-quadrado de Pearson. Para isso as variáveis “1a

opção no auxílio ao diagnóstico” e “1a opção no auxílio à conduta” foram dicotomizadas em 1= PACK e 0= demais e cruzadas com a VI “Treinamento”. Encontramos uma associação positiva para uso do PACK como 1a opção ao diagnóstico no grupo que participou do treinamento ($p = 0,042$; IC 95%). No entanto esta correlação não foi estatisticamente significativa com a VD “Primeira opção de auxílio à conduta” ($p= 0,067$; IC 95%).

A mesma análise foi feita em relação ao uso do BP como 1º auxílio ao diagnóstico cruzando com a VI “Treinamento”, encontrada associação positiva entre uso do BP no grupo sem treinamento ($p= 0,030$; IC 95%). A mesma correlação foi encontrada no 1º auxílio à conduta ($p= 0,048$; IC 95%).

No entanto, quando agrupadas as 3 opções mais assinaladas: Best Practice, PACK e consultar colegas (que foram as alternativas escolhidas por 88,4% dos participantes como primeiro auxílio ao diagnóstico e 88,5% dos participantes como primeiro auxílio à conduta), não houve diferença entre os grupos com e sem treinamento ($p= 0,146$ e $p= 0,220$, respectivamente). Para esta correlação foram criadas as novas variáveis “Três primeiras opções no diagnóstico” e “Três primeiras opções na conduta” com valores 1= PACK, 2=BP, 3=colegas e 0= outros. Submetidas ao teste de Shapiro-Wilk elas se mostraram com distribuição não normal, assim foram submetidas ao teste não paramétrico de Mann-Whitney.

Ainda sobre auxílio à conduta, uma avaliação que se faz necessária é a da questão 2.17 que afirma: “se o PACK orienta uma conduta diferente da minha tradicional eu sigo o PACK”. Comparando as respostas dicotomizadas nos grupos com e sem treinamento (Tabela 7) temos uma adesão maior à esta afirmação no grupo com treinamento, embora com diferença não estatisticamente significativa.

Tabela 7 – opção pela conduta do PACK nos grupos com e sem treinamento.

		Fez treinamento		Total	
		não	sim		
Se conduta diferente, siga PACK	não	Contagem	22 _a	16 _a	38
		%	57,9%	42,1%	100,0%
PACK	sim	Contagem	25 _a	32 _a	57
		%	43,9%	56,1%	100,0%
Total		Contagem	47	48	95
		% do Total	49,5%	50,5%	100,0%

Cada letra de subscrito indica um subconjunto de Fez treinamento categorias cujas proporções da coluna não se diferem significativamente umas das outras no nível ,05.

Em relação às características dos profissionais e da ferramenta listadas na matriz conceitual, buscamos verificar se elas poderiam influenciar no maior ou menor uso do PACK, ou seja se poderiam funcionar como barreiras ou facilitadores. Para isso foi feita inicialmente uma análise bivariada de cada variável da matriz com os desfechos esperados, as VD “Escolha do PACK como 1º e 2º auxílio ao diagnóstico” e “Escolha do PACK como 1º e 2º auxílio à conduta”. Utilizou-se o Qui-quadrado de Pearson com valor de $p < 0,05$. O resultado das análises e um resumo das características de cada variável da matriz conceitual encontram-se na tabela 8.

Tabela 8 – Correlação da matriz conceitual com uso do PACK e questões utilizadas na sua composição.

Variável	Correlação com uso do PACK (X^2 de Pearson)*		Questões do questionário relacionadas à variável
	Auxílio ao diagnóstico	Auxílio à conduta	
1- Papel profissional	+	+	2.2. Tenho autonomia para tomar minhas condutas clínicas no dia a dia do meu trabalho no Centro de Saúde. 2.3. Tenho autonomia para mudar meu processo de trabalho no Centro de Saúde. 2.12. A maioria dos meus colegas fala bem do PACK.
2- Filosofia do cuidado	+	+	2.4. Costumo consultar alguma fonte (livro, sites, aplicativos, telessaúde, etc) quando tenho dúvidas em relação à conduta ou diagnóstico de algum caso clínico 2.5. Não me importo em consultar alguma fonte na frente dos pacientes se tenho dúvidas. 2.6. Se necessário, geralmente tenho tempo para consultar alguma fonte durante as consultas. 2.7. Eu geralmente utilizo o PACK ou outros protocolos no meu dia a dia. 2.13. Considero que ferramentas como o PACK melhoram minha prática. 2.14. Considero que ferramentas como o PACK melhoram minha relação com os pacientes.
3- Atitudes para a mudança	+	-	2.15. Considero que o PACK aumentou minha carga de trabalho. 2.16. Sou a favor da implantação de ferramentas como o PACK. 2.17. Se o PACK orienta uma conduta diferente da minha opinião, costumo seguir a orientação do PACK.
4- Competências	-	-	2.1. Considero minha habilidade geral com computadores muito boa. 2.18. Eu costumo utilizar a versão e-book no computador ou celular.
5- Natureza da Intervenção	+	+	3.1. O PACK é uma ferramenta de apoio a decisão clínica. 3.2. O PACK foi criado pela Secretaria de Saúde de Florianópolis. 3.3. O PACK e outros instrumentos semelhantes (PAL, PALSA, PALSA plus, AIDPI) têm boas evidências de melhorarem o cuidado nas populações onde aplicados. 3.4. O conteúdo do PACK tem uma boa aplicabilidade na minha prática diária. 3.5. O PACK é fácil de ser utilizado. 3.6. Eu gosto de utilizar o PACK.
6- Segurança e confiança	+	+	3.8. Acredito que utilizar o PACK aumenta a segurança do paciente. 3.9. Tenho confiança nas orientações de conduta do PACK.

* + p < 0,05 * - p > 0,05

Nota-se correlação com todas as variáveis da matriz conceitual, exceto as competências que estão ligadas ao uso de computadores ou da versão e-book. Fez-se correlação apenas com a questão 2.18. *Eu costumo utilizar a versão e-book no computador ou celular* e da mesma forma não foi encontrada significância ($p = 0,664$ para auxílio ao diagnóstico e $p = 0,103$ para auxílio à conduta).

Entretanto sabemos que na análise bivariada as variáveis independentes podem sofrer influência uma das outras e isto influenciar o resultado final. Para minimizar esta correlação foi feito um modelo de regressão logística com as variáveis da matriz conceitual e algumas características da população, descrita em mais detalhes abaixo.

6.1. REGRESSÃO LOGÍSTICA

Para os modelos de regressão logística utilizamos as variáveis independentes que estão listadas na tabela 9 com seus respectivos valores. No modelo 1 foi utilizada a VD “Escolha do PACK como 1º e 2º auxílio ao diagnóstico” e no modelo 2 a VD “Escolha do PACK como 1º e 2º auxílio à conduta”.

Tabela 9 - variáveis utilizadas nos modelos de regressão logística 1 e 2 separadas por fez ou não treinamento, porcentagens nos grupos e total.

		Fez treinamento		Total	
		não	sim		
Gênero	masculino	Contagem	22	17	39
		%	23,20%	17,90%	41,10%
	feminino	Contagem	25	31	56
		%	26,30%	32,60%	58,90%
Carga horaria	até 30h	Contagem	8	8	16
		%	8,40%	8,40%	16,80%
	40h +	Contagem	39a	40a	79
		%	41,10%	42,10%	83,20%
Tempo de formado	mais 5 anos	Contagem	30	37	67
		%	31,60%	38,90%	70,50%
	até 5 anos	Contagem	17	11	28
		%	17,90%	11,60%	29,50%

Tabela 9 – continuação

Papel do profissional relevante	não	Contagem	4	7	11
		%	4,2%	7,4%	11,6%
	sim	Contagem	43	41	84
		%	45,3%	43,2%	88,4%
Filosofia do cuidado relevante	não	Contagem	3	8	11
		%	3,2%	8,4%	11,6%
	sim	Contagem	44	40	84
		%	46,3%	42,1%	88,4%
Atitudes para mudança relevante	não	Contagem	20	14	34
		%	21,1%	14,7%	35,8%
	sim	Contagem	27	34	61
		%	28,4%	35,8%	64,2%
Competências relevante	não	Contagem	7	9	16
		%	7,4%	9,5%	16,8%
	sim	Contagem	40	39	79
		%	42,1%	41,1%	83,2%
Natureza da intervenção relevante	não	Contagem	5	7	12
		%	5,3%	7,4%	12,6%
	sim	Contagem	42	41	83
		%	44,2%	43,2%	87,4%
Segurança relevante	não	Contagem	4	5	9
		%	4,2%	5,3%	9,5%
	sim	Contagem	43	43	86
		%	45,3%	45,3%	90,5%
Total		Contagem	47	48	95
		%	49,5%	50,5%	100,0%

Antes de submetidas à regressão as variáveis independentes acima foram testadas para verificar possível colinearidade através dos testes de tolerância e VIF (Variance Inflation Factor) do SPSS, o que não foi detectado. O parâmetro de referência foi sempre o valor 1 das variáveis dicotômicas categóricas, que foi ajustado para ser a opção mais frequente, exceto no tempo de formado, onde foi ajustado para ser a alternativa “até 5 anos” que foi menos frequente do que “5 ou mais anos”. Alteração feita pela hipótese de que os formados há menos tempo seriam mais suscetíveis a utilizar mais o PACK. O ponto de corte assumido para manter a VI no modelo do passo 0 para o passo 1 foi $p < 0,20$.

6.1.1. MODELO 1: VD “ESCOLHA DO PACK COMO 1º E 2º AUXÍLIO AO DIAGNÓSTICO”.

Feita regressão logística inicial com as 10 VI incluindo os 95 sujeitos da pesquisa. Foram consideradas importantes para reavaliação no bloco seguinte (bloco 1) todas as variáveis com valor de $p < 0,20$. Ao fazer a primeira regressão detectamos 3 casos residuais (ou *outliers*) com Escore Z acima ou abaixo de 2 desvios padrão. Na segunda regressão mais 3 foram detectados, como todos foram classificados erroneamente pelo modelo, a regressão final (descrita abaixo) foi feita sem esses 6 casos.

No bloco (ou passo) 0, sem preditores, a significância do modelo foi de 65,2% e a significância dos preditores não presentes na equação encontram-se na tabela 10.

Tabela 10 - significância das VI no bloco 0 do Modelo 1.

		Escore	gl	Sig.	
Passo 0	Variáveis	Treinamento(1)	5,617	1	,018
		Gênero(1)	9,618	1	,002
		Carga_horaria(1)	2,721	1	,099
		Tempo_formado(1)	,038	1	,845
		SUM_papel_prof(1)	10,126	1	,001
		SUM_filos_cuidado(1)	10,126	1	,001
		SUM_Atitt_mudan(1)	10,098	1	,001
		SUM_compet(1)	,831	1	,362
		SUM_Natur_interv(1)	21,078	1	,000
		SUM_seg(1)	16,446	1	,000
	Estatísticas globais	39,144	10	,000	

Passando ao bloco 1 verificamos que o modelo com estes preditores foi significativo ($X^2(10) = 52,652$; $p < 0,001$; R^2 Negelkerke = 0,616). O teste de Hosmer e Lemeshow mostrou ser o modelo com preditores adequado para a análise ($p = 0,715$).

No bloco 1 a significância do modelo aumentou dos anteriores 65,2 para 78,7% como vemos na tabela 11.

Tabela 11 - classificação dos casos com preditores.

	Observado		Predito		
			PACK é 1o e 2o aux diagnóstico		Porcentagem correta
			não	sim	
Passo 1	PACK é 1o e 2o aux diagnóstico	não	19	12	61,3
		sim	7	51	87,9
Porcentagem global					78,7

Os valores de p na estatística de Wald para cada preditor reavaliado no bloco 1 e seus respectivos *odds ratio* e intervalo de confiança encontram-se na tabela 12.

Tabela 12 - significância das VI no bloco 1 do Modelo 1.

	B	E.P.	Wald	gl	Sig. (p)	Odds ratio	95% C.I. para Odds ratio		
							Inf	Sup	
Pas so 1	Treinamento	3,050	1,124	7,368	1	,007	21,120	2,334	191,075
	Gênero	,098	,667	,021	1	,883	1,103	,298	4,078
	Carga horária	1,279	1,042	1,505	1	,220	3,591	,466	27,70
	SUM_Papel_prof	4,089	1,569	6,796	1	,009	59,670	2,758	1290,85
	SUM_Filos_cuid	,421	1,609	,069	1	,793	1,524	,065	53,704
	SUM_Atittud	,739	,665	1,233	1	,267	2,093	,568	7,712
	SUM_Nat_interv	21,588	9545,8	,000	1	,998	2,374E+9	,000	-
	SUM_Seg	18,889	10394,3	,000	1	,999	159770792	,000	-
	Constante	-45,335	14112,5	,000	1	,997	,000		

6.1.2. MODELO 2: VD “ESCOLHA DO PACK COMO 1º E 2º AUXÍLIO À CONDUTA”.

Feita regressão logística inicial com as 10 VI incluindo os 95 sujeitos da pesquisa. Foram consideradas importantes para reavaliação no bloco seguinte (bloco 1) todas as variáveis com valor de $p < 0,20$. Ao fazer a primeira regressão detectamos 2 casos residuais (ou *outliers*) com Escore Z acima ou abaixo de 2 desvios padrão. Na segunda regressão mais 1 foi detectado, como todos foram classificados erroneamente pelo modelo, a regressão final (descrita abaixo) foi feita sem esses 3 casos.

No bloco (ou passo) 0, sem preditores, a significância do modelo foi de 60,9% e a significância dos preditores não presentes na equação encontram-se na tabela 13.

Tabela 13 - significância das VI no bloco 0 do Modelo 2.

		Escore	gl	Sig.
Passo 0	Treinamento(1)	,581	1	,446
	Gênero(1)	3,881	1	,049
	Carga_horaria(1)	,174	1	,677
	Tempo_formado(1)	,154	1	,695
	SUM_papel_prof(1)	7,868	1	,005
	SUM_filos_cuid(1)	7,868	1	,005
	SUM_Atit_mud(1)	2,434	1	,119
	SUM_compet(1)	1,624	1	,203
	SUM_Nat_interv(1)	9,558	1	,002
	SUM_seg(1)	8,607	1	,003
	Estatísticas globais		20,148	10

Passando ao bloco 1 verificamos que o modelo com estes preditores foi significativo ($X^2(10) = 22,990$; $p < 0,05$; R^2 Negelkerke = 0,300). O teste de Hosmer e Lemeshow mostrou ser o modelo com preditores adequado para a análise ($p = 0,573$).

No bloco 1 a significância do modelo aumentou dos anteriores 60,9% para 70,7% como vemos na tabela 14.

Tabela 14 - classificação dos casos com preditores.

	Observado		Predito		
			PACK é 1o e 2o aux diagnóstico		Porcentagem correta
			não	sim	
Passo 1	PACK é 1o e 2o aux conduta	não	16	20	44,4
		sim	7	49	87,5
	Porcentagem global				70,7

Os valores de p na estatística de Wald para cada preditor reavaliado no bloco 1 e seus respectivos *odds ratio* e intervalo de confiança encontram-se na tabela 15.

Tabela 15 - significância das VI no bloco 1 do Modelo 2.

	B	E.P.	Wald	gl	Sig.	Odds ratio	95% C.I. para Odds ratio		
							Inferior	Superior	
							Passo 1	Gênero	,133
	SUM_papel_prof	2,556	1,112	5,281	1	,022	12,888	1,457	114,033
	SUM_filos_cuid	,541	1,149	,222	1	,637	1,719	,181	16,330
	SUM_Atít_mudan	,168	,538	,097	1	,755	1,183	,412	3,395
	SUM_Nat_interv	-,396	1,435	,076	1	,783	,673	,040	11,217
	SUM_seg	2,966	1,667	3,168	1	,075	19,418	,741	509,085
	Constante	-3,407	1,573	4,695	1	,030	,033		

7. DISCUSSÃO

A taxa de resposta aos questionários enviados foi significativa (mais de 70% dos médicos ativos), fazendo com que nossa população de estudo reflita a realidade da população dos médicos atuantes na APS de Florianópolis. A boa adesão ao inquérito infere a aceitação da ferramenta e da estratégia de coleta de dados. Verificamos o predomínio de mulheres, especialistas em MFC (reflexo da política do município de exigir título de especialista na área nos concursos públicos desde 2004) e médicos com experiência profissional de 5 anos ou mais. A distribuição de respostas entre Distritos Sanitários (DS) foi equânime, com exceção do DS Centro que respondeu 100% dos questionários enviados. Este DS concentra o maior número de residentes, seguido do DS Continente, que tem o segundo maior número de alunos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) (vide tabela 3). Mas é visto no gráfico 2 e sua descrição nos resultados, que nenhum deles apresenta os maiores números absolutos ou percentuais de utilização do PACK como 1ª e 2ª opções de auxílio ao diagnóstico e conduta. Ao contrário, o DS Continente apresenta o menor resultado no auxílio à conduta, seguido do DS Sul, que tem o maior número de alunos da UFSC. Isto significa que o PACK não tem sido aproveitado com todo o seu potencial nestes ambientes de aprendizagem, desperdiçando seu uso como ferramenta de ensino.

Duas ferramentas de apoio à decisão clínica são preponderantes neste estudo: BMJ Best Practice (BP) e PACK. Juntas respondem por 81% das respostas no primeiro auxílio tanto ao diagnóstico quanto à conduta e 59% das respostas no segundo auxílio também tanto para diagnóstico como conduta. Importante esclarecer que o acesso ao BP é garantido por assinatura institucional da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Florianópolis sem ônus aos médicos, e o PACK é uma ferramenta adotada oficialmente pela SMS. Assim, há uma forte orientação às equipes para uso de ambos. Os médicos que são preceptores de alunos da UFSC podem ter acesso ao *Up to Date* através de assinatura institucional da universidade, mas é necessário atualizar o cadastro todos os semestres. O uso das demais

ferramentas depende essencialmente da preferência e escolha pessoal de cada profissional.

O próprio PACK (2018), na sua página de apresentação “Sobre o PACK” cita:

A KTU construiu uma base de dados que usa como referência o Best Practice e outros protocolos que alimentam cada uma das cerca de 4000 recomendações clínicas, diagnósticas e de manejo do PACK Global Adult. Esta base de dados apoiou o processo de adaptação do PACK Global Adult para o contexto local de Florianópolis e também serve com fonte para atualizações anuais, garantindo sua relevância ao longo do tempo.

Portanto, ao utilizarem o PACK ou o BP, os profissionais estão se referenciando praticamente à mesma base de dados, que é mundialmente reconhecida por seu rigor científico. O achado destas fontes estarem em 81% das primeiras escolhas no auxílio à decisão coloca nossa população de estudo muito à frente das referências bibliográficas que apontam uma aderência de apenas 55% às práticas baseadas em evidência (COCHRANE et al. 2007) ou de que apenas um terço das evidências de pesquisa informadas nas diretrizes são adotadas rotineiramente (LAU et al., 2014 e 2015). Entretanto, na análise da afirmação direta de acatar a conduta do PACK mesmo se diferente da sua conduta tradicional, atingimos um máximo de 56% no grupo que participou do treinamento e de apenas 44% no que não participou. Achados que ficam dentro do esperado na literatura e revelam a importância do treinamento para a adesão às evidências.

O fato do PACK e BP estarem à frente dos tradicionais “Encaminhar” e “Consultar colegas” e do novo “Matriciamento por e-mail”, revela uma tendência desta população em aderir a práticas bem embasadas em relação a evidências. Também as outras opções merecem reconhecimento por sua seriedade como UpToDate, Dynamed, Telessaúde e Cadernos de Atenção Básica, no entanto estas fontes ficaram atrás de outras menos “rigorosas” como consultar colegas e matriciamento por e-mail com especialistas focais.

Chama a atenção positivamente nas respostas ao questionário (Tabela 3) que mais de 95% dos entrevistados relata consultar alguma fonte de auxílio se tem dúvidas no manejo do caso, mais de 90% mesmo frente ao paciente e mais de 70% referem geralmente ter tempo de fazer esta consulta, embora todos devessem ter este tempo. A sensação de autonomia na conduta clínica e no processo de trabalho (embora esta menos citada)

também são marcantes. Mesmo com esta autonomia, quase 94% são favoráveis a ferramentas como o PACK, demonstrando que a antiga visão de que diretrizes possam afetar a relação médico-paciente (Weisz et al., 2007) não vigora nesta população. Mais de 85% costuma usar o PACK ou outras ferramentas de apoio a decisão no dia a dia, e em porcentagens semelhantes referem ouvir falar bem do PACK, acham que ele tem boa aplicabilidade, é fácil de ser utilizado, confia e gosta de utilizá-lo. Todas estas características agem como facilitadores da implementação e efetiva utilização do PACK.

Como possíveis barreiras, mais de 51% não acham que o PACK possa melhorar sua relação com os pacientes, e 28% não acham que ele aumente a segurança do paciente. Embora mais de 95% saibam que o PACK é uma ferramenta de apoio à decisão clínica, ainda quase 15% não sabe que estudos randomizados já comprovaram que ele e seus precursores melhoram o cuidado das comunidades onde são utilizados (FAIRALL et al. 2005, 2008 e 2015 e ZWARENSTEIN et al., 2011) e 22% acham que ele foi criado pela SMS de Florianópolis. Mais de 55% dos entrevistados diz que usaria mais o PACK se ele estivesse dentro do prontuário eletrônico, portanto o fato dele não estar integrado atua como uma barreira ao seu uso. Todavia ele está disponível em formato e-book que pode ser baixado em qualquer computador e em *smartphones* (versão com atualização bianual, enquanto na impressa é anual), mas apenas 57,9% tem essa versão no computador do consultório e menos de 30% a tem no *smartphone*. E mesmo assim apenas 40% refere utilizá-la.

A maioria das questões do questionário que trouxeram as informações acima podem se interrelacionar conforme descrito na literatura (CRAIG et al., 2008; LAU et al., 2015), por isso foram utilizadas para compor as variáveis da matriz conceitual no intuito de verificar quais áreas poderiam ter maior ou menor efeito na decisão de utilizar o PACK. E cada aspecto da matriz conceitual foi cruzada com os desfechos representados pelas variáveis dependentes. Na análise bivariada encontramos associação significativa entre “Escolha do PACK como 1o e 2o auxílio ao diagnóstico” e “Papel profissional” ($p = 0,009$), “Filosofia do cuidado” ($p = 0,009$), “Atitudes para a mudança” ($p = 0,004$), “Natureza da intervenção” ($p < 0,001$), e “Segurança” ($p = 0,001$). Para a VD “Escolha do PACK como 1º e 2º auxílio à conduta”,

encontramos associação significativa com *“Papel profissional”* ($p = 0,015$), *“Filosofia do cuidado”* ($p = 0,015$), *“Natureza da intervenção”* ($p = 0,006$) e *“Segurança”* ($p = 0,012$). Não encontramos associação entre nenhum dos desfechos com *“Competências”*. Tais achados expõem a importância destes temas na implementação do PACK e corroboram a estrutura conceitual proposta por Lau et al. (2016) na perspectiva dos níveis relativos aos profissionais e intervenção, aqui utilizados.

Entretanto, os próprios autores citados acima relatam que muitos estudos mencionam a relação dinâmica entre os temas da estrutura conceitual como desafios nas implementações. Na busca de minimizar o efeito destas interrelações foi elaborado o modelo de regressão logística já descrito.

Neste modelo, observa-se uma correlação positiva entre ter feito o treinamento para uso do PACK e a VD *“Escolha do PACK como 1º e 2º auxílio ao diagnóstico”* ($p= 0,007$; OR 21,12; IC 95% 2,33 – 191,07). Assim como o foi para a utilização como 1ª opção de auxílio ao diagnóstico no teste de X^2 de Pearson ($p= 0,042$). Tais achados corroboram a importância dada ao treinamento na estratégia de implementação desta ferramenta (SIMELANE et al., 2018). No entanto esta correlação não se observou na 1ª opção de auxílio à conduta, nem no X^2 de Pearson ($p= 0,067$), nem na regressão logística ($p > 0,20$). Inversamente, observamos uma correlação positiva com o X^2 de Pearson entre uso do *Best Practice* como 1ª opção de auxílio ao diagnóstico ($p= 0,030$) e à conduta ($p= 0,048$) e grupo sem treinamento.

No modelo de regressão logística com a VD *“Escolha do PACK como 1o e 2o auxílio ao diagnóstico”*, foi encontrada forte correlação positiva com a VI *“Treinamento”*, sendo que os participantes do treinamento podem chegar a ter 20 vezes mais chance de escolher o PACK como 1o ou 2o auxílio ao diagnóstico. Fato que não se repetiu com a VD *“Escolha do PACK como 1º e 2º auxílio à conduta”*, se observando apenas uma tendência para esta escolha ($p= 0,321$; OR 1,664; IC95% 0,61 – 4,55).

A VI *“Papel profissional”* teve uma forte correlação positiva tanto com a VD *“Escolha do PACK como 1º e 2º auxílio ao diagnóstico”* ($p= 0,009$; OR 59,670; IC 95% 2,76 – 1290,85) e a VD *“Escolha do PACK como 1º e 2º auxílio à conduta”* ($p= 0,022$; OR 12,888; IC 95% 1,457 – 114,03). Esta VI é

relacionada ao uso do julgamento profissional na aplicação do conhecimento científico junto com a experiência pessoal e capacidade de lidar com incertezas. Na matriz conceitual da literatura utilizada (LAU et al., 2015) ela tem relação com autonomia profissional, confiança e influência dos pares, características presentes nas questões do questionário utilizadas para sua criação. Os achados corroboram a indicação da literatura de que investir na autonomia clínica e de processo de trabalho do profissional facilita a adoção de mudanças.

Encontra-se paralelo na literatura de que a identidade profissional, que é adquirida muito mais pela experiência do que pelo conhecimento, (influência dos pares - ARMSTRONG e OGDEN, 2006) e de que o controle percebido sobre o comportamento, aqui representado pela percepção de autonomia, proposto por Icek Ajzen (1991), são fortes influenciadores na adoção de mudanças como a implementação do PACK.

Foi encontrada uma tendência de influência positiva para utilização do PACK como auxílio ao diagnóstico e conduta na variável gênero, sendo o feminino mais propenso ao uso do PACK. Carga horária maior que 30h também leva a uma tendência de maior uso. O tempo de formado se revelou praticamente irrelevante na regressão. A VI *“Atitudes para mudança”* também mostrou uma tendência em influenciar maior uso do PACK, embora não significativo. Lembrando que ela se relaciona com a percepção de carga de trabalho no uso da ferramenta, tendência a ser favorável ao seu uso e confiança na mesma, fatores importantes de serem trabalhados no treinamento do PACK. Outro fator de tendência positiva, em especial no auxílio à conduta, foi a VI *“Segurança e privacidade”*, que leva em consideração a sensação de segurança da ferramenta para o paciente e a confiança do profissional na mesma, outros aspectos a serem trabalhados no treinamento.

Como principal limitação do presente estudo considera-se a difícil extrapolação para outras populações. O que é inerente à coleta de dados com caráter subjetivo como aquelas feitas com escalas Likert (mesmo que objetivadas para as análises). Um instrumento já validado para a coleta de dados poderia também facilitar a comparação com outras populações. O fato do PACK livro, que é o formato mais utilizado, ser atualizado apenas uma

vez ao ano poderia influenciar a favor da escolha de outras ferramentas com atualização mais frequente, principalmente aquelas *on line*.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo da utilização do PACK aqui realizado nos permitiu evidenciar que a grande aceitação das ferramentas de apoio à decisão clínica, em especial o BMJ Best Practice (BP), pela população estudada é um facilitador para a implementação do PACK. Outros facilitadores evidenciados foram a grande aplicabilidade relatada no dia a dia e a facilidade de uso, que certamente influenciam no relato de que 85% dos entrevistados gostam de utilizar o PACK. Mérito da boa adaptação do PACK Global à realidade local e possivelmente também do seu formato de entrada por sintomas e estrutura em algoritmos que facilita o raciocínio clínico. Também merece destaque a constante atualização não apenas do seu conteúdo, mas também da forma como ele é apresentado através da coleta de sugestões de todos os profissionais. Outros importantes facilitadores evidenciados (comprovando os descritos da literatura) é a sensação de autonomia dos profissionais, em especial para a conduta clínica, e a aprovação dos pares. Estas características são as principais formadoras do tema “Papel profissional” dentro do nível referente aos profissionais na matriz conceitual utilizada (Quadro 1). E foi a única variável que se mostrou preditora do uso do PACK tanto para diagnóstico como para conduta após a regressão linear.

Todos os facilitadores descritos também podem se tornar barreiras se mal conduzidos, por exemplo: deixar de ser atualizado, perder sua aplicabilidade, perder a credibilidade perante os pares. Outras barreiras mais objetivas evidenciadas foram a sensação de que o PACK não melhora a relação médico-paciente relatada por 51% dos sujeitos, e de que não aumenta a segurança do paciente por 28%. Talvez isto seja influenciado pelo fato de que ainda 15% dos médicos não sabe que estudos bem conduzidos já provaram que o PACK e seus precursores (PAL, PALSA, PALSA plus) melhoraram o cuidado ofertado às populações onde implantados. E ainda 22% acha que o PACK foi criado pela SMS de Florianópolis. Outra grande barreira é o fato dele não estar ligado ao prontuário eletrônico; 55% dos entrevistados referem que o utilizariam mais se assim o fosse. Ele também poderia ser mais utilizado se a versão *e-book* fosse mais usada, apenas 40% relatam utilizá-la e menos de 58% a tem no computador do consultório. Hoje

os treinamentos são todos feitos na versão impressa, fazê-los utilizando o e-book poderia fomentar seu uso.

A boa aceitação e aplicabilidade relatada demonstram um bom conhecimento do modo de uso do PACK. Além disso, mais de 95% concordam que o PACK é uma ferramenta de apoio à decisão clínica, fato que pode ser reforçado para chegar a 100%.

Além da já citada sensação de autonomia, o fato de participar do treinamento influencia positivamente no uso do PACK. Tempo de formado, ser residente, carga horária e gênero não foram fatores predisponentes ao maior uso, apesar de uma tendência das mulheres e de quem trabalha mais de 30h semanais o utilizarem mais. Não foi possível comparar se a formação em MFC ou outras predispõe a um uso diferente pois a totalidade dos médicos entrevistados foram MFC.

Em se falando de formação, fica claro que o PACK poderia ser mais explorado como ferramenta de ensino-aprendizagem, pois vimos que os distritos que mais tem alunos de graduação em Medicina são os que menos escolhem o PACK como primeiros auxílios ao diagnóstico e conduta.

Os resultados das análises feitas comprovaram a hipótese de que o treinamento para a utilização do PACK é um fator importante e relevante no estímulo ao seu uso, embora o efeito não tenha sido tão importante no uso para auxílio à conduta como o foi para o auxílio ao diagnóstico. No entanto, ele é o momento ideal de melhorar os facilitadores e diminuir as barreiras ao seu uso. Na nova etapa de treinamento, agora em curso para todos os médicos e enfermeiros da APS de Florianópolis, deve ser explorada a ligação do PACK com o BP como sua principal fonte de evidências. Enfatizar esta ligação pode aumentar a confiança no PACK, que demonstrou ser um importante fator facilitador do seu uso. Estimular a utilização do formato e-book nos treinamentos poderia diminuir parcialmente a barreira do PACK não estar integrado ao prontuário. Outra questão que poderia ser enfatizada nesse momento é a segurança do paciente ao se utilizar o PACK, pois quase 30% dos médicos não concorda que seu uso a aumente.

Também importante a reafirmação do PACK (assim como as demais ferramentas de auxílio à decisão clínica) como apoio e não obrigação, para que se ultrapasse o ainda remanescente receio de cerceamento da liberdade

na relação médico-paciente e do sentimento de maior carga de trabalho relatado por alguns participantes. Isso vem ao encontro da sensação de autonomia clínica, fator importantíssimo na construção de um perfil profissional mais propenso ao uso do PACK, e que aliás foi o único fator preditivo positivo encontrado no modelo desenhado para escolha do PACK como primeiras opções tanto no auxílio ao diagnóstico como à conduta. Vale ressaltar que a sensação de autonomia no processo de trabalho ficou muito aquém da encontrada para a clínica e ela também entra na formação deste perfil. Importante verificar quais fatores poderiam melhorar a autonomia no processo de trabalho.

Finalmente, é importante verificar porque ainda 40% dos respondentes não concordam com a afirmação de que seguiria a conduta proposta pelo PACK se a sua conduta tradicional fosse diferente. Se estranha tal percentual nesta população que afirmou que confia nas orientações do PACK em mais de 88% das vezes. Talvez uma análise mais aprofundada dos componentes desta confiança e motivos de não mudar a conduta possa elucidar esta diferença, o que foge ao escopo desta dissertação.

Apesar do caráter subjetivo do modelo em estrutura conceitual, se pode comprovar a utilidade daquela encontrada na literatura e adaptada ao presente estudo (adaptação que deve mesmo ser feita segundo os autores)(Lau et al., 2016). Assim, espera-se contribuir para ampliar sua utilização e, quem sabe, para a futura construção de um instrumento validado para a aferição de implementações de ferramentas na APS. Espera-se também, e ainda mais, contribuir com a melhor compreensão da utilização do PACK pelos médicos da APS de Florianópolis e que as informações e sugestões aqui contidas ajudem na continuação deste processo de implementação não só localmente, mas em todo o Brasil.

REFERÊNCIAS

AJZEN, Icek. Theory of Planned Behavior. Disponível em: <<http://people.umass.edu/aizen/tpb.html>>. Acesso em: 20 set. 2017.

_____. The theory of planned behavior. Organizational Behavior And Human Decision Processes, [s.l.], v. 50, n. 2, p.179-211, dez. 1991. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-t](http://dx.doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-t). Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/272790646_The_Theory_of_Planned_Behavior>. Acesso em: 19 set. 2017.

ARMSTRONG, David; OGDEN, Jane. The role of etiquette and experimentation in explaining how doctors change behaviour: a qualitative study. Sociology Of Health And Illness, [s.l.], v. 28, n. 7, p.951-968, 26 set. 2006. Wiley-Blackwell. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-9566.2006.00514.x>.

BOAZ, Annette; BAEZA, Juan; FRASER, Alec. Effective implementation of research into practice: an overview of systematic reviews of the health literature. BMC Research Notes, [s.l.], v. 4, n. 1, p.212-220, 22 jun. 2011. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1186/1756-0500-4-212>.

BONITA, R; BEAGLEHOLE, R; KJELLSTRÖM, T. Epidemiologia básica [tradução e revisão científica Juraci A. Cesar]. - 2.ed. - São Paulo, Santos. 2010. 213p. : il.

BRASIL. BRASIL. (Ed.). Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9). Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33856/396770/Política+Nacional+de+Educação+Permanente+em+Saúde/c92db117-e170-45e7-9984-8a7cdb111faa>>. Acesso em: 27 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. e-Gestor Atenção Básica. Cobertura da Atenção Básica. Disponível em

<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em: 10 ago. 2019.

CABANA, Michael D. et al. Why Don't Physicians Follow Clinical Practice Guidelines? *Jama*, [s.i.], v. 282, n. 15, p.1458-1465, 20 out. 1999.

COCHRANE, Lorna J. et al. Gaps between knowing and doing: Understanding and assessing the barriers to optimal health care. *Journal Of Continuing Education In The Health Professions*, [s.i.], v. 27, n. 2, p.94-102, mar. 2007. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1002/chp.106>.

CRAIG, Peter et al. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *Bmj*, [s.i.], v. 1655, n. 337, p.1-6, 29 set. 2008. *BMJ*. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.a1655>. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2769032/>>. Acesso em: 22 set. 2017.

DODEK, Peter; CAHILL, Naomi E.; HEYLAND, Daren K.. The Relationship Between Organizational Culture and Implementation of Clinical Practice Guidelines. *Journal Of Parenteral And Enteral Nutrition*, [s.i.], v. 34, n. 6, p.669-674, nov. 2010. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/0148607110361905>.

DORRINGTON, Rob; BRADSHAW, Debbie; LAUBSCHER, Ria. Rapid mortality surveillance report 2012. Cape Town: South African Medical Research Council, 2014. 23 p. Disponível em: <www.mrc.ac.za/bod/bod.htm>. Acesso em: 23 set. 2017.

ELOVAINIO, Marko et al. Effects of job characteristics, team climate, and attitudes towards clinical guidelines. *Scandinavian Journal Of Public Health*, [s.i.], v. 28, n. 2, p.117-122, abr. 2000. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/140349480002800207>.

FAIRALL, Lara et al. Cost-effectiveness of educational outreach to primary care nurses to increase tuberculosis case detection and improve respiratory care: economic evaluation alongside a randomised trial. *Tropical Medicine & International Health*, [s.l.], v. 15, n. 3, p.277-286, mar. 2010. Wiley-Blackwell. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-3156.2009.02455.x>.

FAIRALL, L. R et al. Effect of educational outreach to nurses on tuberculosis case detection and primary care of respiratory illness: pragmatic cluster randomised controlled trial. *Bmj*, [s.l.], v. 331, n. 7519, p.750-754, 1 out. 2005. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.331.7519.750>.

FAIRALL, L. R et al. Effectiveness of Antiretroviral Treatment in a South African ProgramA Cohort Study. *Archives Of Internal Medicine*, [s.l.], v. 168, n. 1, p.86-93, 14 jan. 2008. American Medical Association (AMA). <http://dx.doi.org/10.1001/archinternmed.2007.10>.

FAIRALL, Lara et al. Innovating to improve primary care in less developed countries: towards a global model. *Bmj Innovations*, [s.l.], v. 1, n. 4, p.196-203, 23 jul. 2015. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjinnov-2015-000045>.

FAIRALL, Lara et al. Task shifting of antiretroviral treatment from doctors to primary-care nurses in South Africa (STRETCH): a pragmatic, parallel, cluster-randomised trial. *The Lancet*, Si, v. 380, n. 1, p.889-898, 08 set. 2012.

GRIMSHAW, Jeremy M et al. Knowledge translation of research findings. *Implementation Science*, [s.l.], v. 7, n. 1, p.1-17, 31 maio 2012. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1186/1748-5908-7-50>.

GRIMSHAW, Jm et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess*, Si, v. 6, n. 8, p.1-94, fev. 2004.

FLORIANÓPOLIS (Município). Instrução Normativa nº 002, de 15 de junho de 2016. **Instrução Normativa no 002/sms/gab/2016**. Florianópolis, SC, 18

ago. 2016. p. 2-4. Disponível em:
<http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/diario/pdf/18_08_2016_19.23.38.8f4025e6999644c8d3a593c138b604f3.pdf>. Acesso em: 30 set. 2017.

FLORIANÓPOLIS. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. (Org.). **RELATÓRIO DE GESTÃO - PERÍODO DE JANEIRO A DEZEMBRO DE 2016**. Florianópolis: Sms Florianópolis, 2016. 39 p. Disponível em:
<http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/documentos/pdf/06_11_2017_10.12.45.a00fe8d34d9e43fea883385dfed77978.pdf>. Acesso em: 29 set. 2017.

IBGE (Org.). **Cidades IBGE**. 2017. Disponível em:
<<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/florianopolis/panorama>>. Acesso em: 29 set. 2017.

KORTTEISTO, Tiina et al. Implementing clinical decision support for primary care professionals: the process. *Finnish Journal Of Ehealth And Ewelfare*, [s.l.], v. 4, n. 3, p.154-164, 30 set. 2012. Disponível em:
<<https://journal.fi/finjehew/article/view/6916>>. Acesso em: 19 set. 2017.

KRAMER, Lena et al. Development and validation of a generic questionnaire for the implementation of complex medical interventions. *Gms German Medical Science*, Si, v. 12, n. 8, p.1-11, 01 abr. 2014. Disponível em:
<<http://www.egms.de/en/journals/gms/2014-12/000193.shtml>>. Acesso em: 20 set. 2017.

LAU, Rosa et al. Achieving change in primary care—causes of the evidence to practice gap: systematic reviews of reviews. *Implementation Science*, [s.l.], v. 11, n. 1, p.1-39, dez. 2015. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1186/s13012-016-0396-4>. Disponível em:
<<https://implementationscience.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s13012-016-0396-4?site=implementationscience.biomedcentral.com>>. Acesso em: 20 set. 2017.

_____. Addressing the evidence to practice gap for complex interventions in primary care: a systematic review of reviews protocol. *Bmj Open*, [s.l.], v. 4, n. 6, p.1-6, 23 jun. 2014. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2014-005548>. Disponível em: <<http://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/4/6/e005548.full.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2017.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisa; amostragens; técnicas de pesquisa e elaboração, análise e interpretação de dados. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MCKENNA, Hugh; ASHTON, Sue; KEENEY, Sinead. Barriers to evidence based practice in primary care: a review of the literature. *International Journal Of Nursing Studies*, [s.l.], v. 41, n. 4, p.369-378, maio 2004. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2003.10.008>.

MENDES, Eugênio Vilaça (Org.). *As Redes de Atenção à Saúde*. 2. ed. Brasília: Organização Pan-americana de Saúde, 2011. 549 p.

PACK Brasil Adulto: versão Florianópolis. Kit de Cuidados em Atenção Primária. Ferramenta de manejo clínico em Atenção Primária à Saúde. University of Cape Town Lung Institute`s Knowledge Translation Unit, 2018. Título original: Practical Approach to Care Kit – PACK Global Adult.

RANGACHARI, Pavani; RISSING, Peter; RETHEMEYER, Karl. Awareness of Evidence-Based Practices Alone Does Not Translate to Implementation. *Quality Management In Health Care*, [s.l.], v. 22, n. 2, p.117-125, abr. 2013. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/qmh.0b013e31828bc21d>.

SCHULL, Michael J et al. Strengthening health human resources and improving clinical outcomes through an integrated guideline and educational outreach in resource-poor settings: a cluster-randomized trial. *Trials*, [s.l.], v.

11, n. 1, p.1-4, dez. 2010. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1186/1745-6215-11-118>.

SIMELANE, Makhosazana Lungile et al. The Practical Approach to Care Kit (PACK) training programme: scaling up and sustaining support for health workers to improve primary care. *Bmj Global Health*, [s.l.], v. 3, n. 5, p.1-10, nov. 2018. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2018-001124>. Disponível em: <https://gh.bmj.com/content/bmjgh/3/Suppl_5/e001124.full.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2019.

SODHI, Sumeet et al. Evaluating a streamlined clinical tool and educational outreach intervention for health care workers in Malawi: the PALM PLUS case study. *Bmc International Health And Human Rights*, [s.l.], v. 11, n. 2, p.1-6, nov. 2011. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-698x-11-s2-s11>.

STARFIELD, Barbara. *Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, 2002. 723 p. Ministério da Saúde.

WATTRUS, Camilla et al. Using a mentorship model to localise the Practical Approach to Care Kit (PACK): from South Africa to Brazil. *Bmj Global Health*, [s.l.], v. 3, n. 5, p.1-8, out. 2018. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2018-001016>. Disponível em: <https://gh.bmj.com/content/3/Suppl_5/e001016>. Acesso em: 08 abr. 2019.

WEISZ, George et al. The Emergence of Clinical Practice Guidelines. *The Milbank Quarterly*, Montreal, v. 85, n. 4, p.691-727, abr. 2007.

ZWARENSTEIN, M. et al. Outreach education for integration of HIV/AIDS care, antiretroviral treatment, and tuberculosis care in primary care clinics in South Africa: PALS PLUS pragmatic cluster randomised trial. *Bmj*, [s.l.], v. 342, n. 211, p.1-8, 21 abr. 2011. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.d2022>.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Você está sendo convidada(o) como voluntária(o) a participar da pesquisa **“Estudo da utilização do PACK pelos médicos da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis: contribuições à implementação de um protocolo clínico na Atenção Primária à Saúde.”**, de responsabilidade da Profa. Dra. Maria Eugênia Bresolin Pinto, da Profa. Dra. Daniela Cardoso Tietzmann e do mestrando Rafael Garcia Eymael, da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Neste estudo, pretende-se conhecer as percepções dos médicos sobre a implantação e utilização do PACK Adulto versão Florianópolis. O principal objetivo deste estudo é investigar e compreender os entraves e facilitadores para a efetiva utilização do PACK, para que se possam propor melhorias quando cabíveis.

Os pesquisadores envolvidos neste estudo cumprirão todas as normas éticas de pesquisas que envolvem seres humanos, conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde no 466/2012.

Para participar da pesquisa pedimos que você:

1. Leia este TCLE e marque sua opção de participação, o que corresponderá à assinatura do TCLE, o qual poderá ser impresso se assim o desejar.
2. Responda ao questionário on-line.

O questionário pode ser respondido no momento e local de sua preferência. Todas as questões devem ser respondidas e aceitam apenas uma opção de resposta. Reforçamos que não há resposta certa ou errada, mas ela deve corresponder à sua opinião pessoal sobre a pergunta.

O risco da pesquisa é mínimo por envolver apenas a resposta ao questionário online, o qual foi elaborado com o intuito de que o tempo gasto para seu preenchimento fique entre 5 e 10 minutos (sujeito a variações). Para garantir a confidencialidade e a privacidade dos indivíduos, a caracterização dos mesmos será feita por codificação de sua identidade. Todos os dados obtidos na pesquisa serão utilizados exclusivamente com finalidades científicas conforme previsto no consentimento do participante. Os resultados da pesquisa não serão divulgados a terceiros.

A sua participação é livre e sem nenhum custo financeiro e, se mudar de ideia, pode desistir a qualquer momento, sem nenhum prejuízo para você. Em caso de achados que possam comprometer ou que apresentem algum risco à sua saúde física e/ou mental/emocional serão tomadas medidas para seus encaminhamentos.

Ao assinar este termo de consentimento livre e esclarecido, cópia do mesmo será automaticamente enviada para seu endereço eletrônico informado no questionário on-line.

Para qualquer esclarecimento sobre a pesquisa você pode entrar em contato a qualquer momento com o mestrando Rafael Garcia Eymael (rgeymael@gmail.com), telefone: 48 98810-7557. Caso tenha dúvidas das questões éticas pode fazer contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (CEP-UFCSPA) no endereço Rua Sarmiento Leite, 245, Porto Alegre/RS ou pelo fone (51) 3303.8804 e com a Escola de Saúde Pública da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, no endereço Av. Professor Henrique da Silva Fontes, nº6100, Florianópolis/SC, ou pelo e-mail espfloripa@gmail.com e telefone (48)3239-1593.

Responsáveis:

Mestrando Rafael Garcia Eymael, telefone (48) 98810-7557, rgeymael@gmail.com

Profa. Dra. Maria Eugênia Bresolin Pinto, telefone (51) 3303-8793, meugeniap2@gmail.com

Profa. Dra. Daniela Cardoso Tietzmann, telefone (51) 3303-8793 danielact@ufcspa.edu.br

Comissão de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Rua Sarmiento Leite, 245 - Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil - CEP 90050-170

Fone +55 (51) 3303-9000, <https://ufcspa.edu.br/index.php/stricto-sensu/saude-da-familia>

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO

Questionário sobre utilização do PACK por profissionais médicos da APS.

Caro colega, você está sendo convidado à responder este questionário sobre a sua utilização do PACK Adulto Florianópolis. Pedimos a gentileza de dispor alguns minutos do seu tempo para preenchê-lo, as informações são sigilosas e tem o intuito de revelar barreiras e facilitadores para a utilização do PACK. Para cada questão marque apenas uma resposta de acordo com a sua opinião. Não há resposta certa ou errada, marque a que melhor representa sua realidade ou opinião.

Muito obrigado!

1. Informações gerais

1.1. Vínculo com SMS de Florianópolis

- a- médico concursado
- b- médico contrato temporário
- c- residente R1
- d- residente R2
- e- residente R3

1.2. Carga horária

- a- 60h
- b- 40h
- c- 30h
- d- 20h

1.3. Gênero

- a- masculino
- b- feminino

1.4. Tempo de formado

- a- menos de 5 anos
- b- 5 ou mais anos

1.5. Formação

- a- especialista em Medicina de Família e Comunidade (residência ou título)
- b- especialista em outras áreas
- c- sem especialidade

1.6. Você conhece o PACK?

- a- sim
- b- não

1.7. Como conheceu o PACK?

- a- através de representantes da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis
- b- através do coordenador do Centro de Saúde
- c- através de colegas
- d- não conheço

1.8. Participou de treinamento?

- a- participou de todo o treinamento até o momento
- b- participou de parte do treinamento
- c- não teve treinamento

A partir de agora as respostas estarão em escala Likert, reforçamos que não existe resposta certa, responda segundo sua opinião!

Para as afirmações a seguir marque a resposta mais adequada segundo a sua opinião e de acordo com a escala abaixo:

- 1 - para discordo totalmente
- 2 - para discordo parcialmente
- 3 - para não sei / indiferente (neutro)
- 4 - para concordo parcialmente
- 5 - para concordo totalmente

2. Profissional

2.1. Considero minha habilidade geral com computadores muito boa.

- () 1 - para discordo totalmente
- () 2 - para discordo parcialmente
- () 3 - para não sei / indiferente (neutro)
- () 4 - para concordo parcialmente
- () 5 - para concordo totalmente

2.2. Tenho autonomia para tomar minhas condutas clínicas no dia a dia do meu trabalho no Centro de Saúde.

1 2 3 4 5

2.3. Tenho autonomia para mudar meu processo de trabalho no Centro de Saúde.

1 2 3 4 5

2.4. Costumo consultar alguma fonte (livro, sites, aplicativos, telessaúde, etc) quando tenho dúvidas em relação à conduta de algum caso clínico.

1 2 3 4 5

2.5. Não me importo em consultar alguma fonte na frente dos pacientes se tenho dúvidas.

1 2 3 4 5

2.6. Se necessário, geralmente tenho tempo para consultar alguma fonte durante as consultas.

1 2 3 4 5

2.7. Eu geralmente utilizo o PACK ou outros protocolos no meu dia a dia.

1 2 3 4 5

2.8. Marque, por ordem de sua preferência, os primeiros 5 auxílios que você utiliza quando tem dúvidas em relação **ao diagnóstico** de um paciente.

Registre apenas 5 alternativas.

- | | |
|--|-----------------------------------|
| 1- BMJ Best Practice | <input type="checkbox"/> 1a opção |
| 2- Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde | <input type="checkbox"/> 2a opção |
| 3- Consultar colegas | <input type="checkbox"/> 3a opção |
| 4- Dynamed | <input type="checkbox"/> 4a opção |
| 5- Encaminhar o paciente para um especialista | <input type="checkbox"/> 5a opção |
| 6- Matriciamento por e-mail | |
| 7- PACK | |
| 8- Telessaúde (telefone 0800) | |
| 9- Up To Date | |
| 10- Outra | |

2.9. Se assinalou outra em qualquer opção acima, descreva qual.

R.:

- 2.10. Marque, por ordem de sua preferência, os primeiros 5 auxílios que você utiliza quando tem dúvidas em relação à **conduta** frente alguma condição ou doença.
Registre apenas 5 alternativas.

- | | | |
|--|--------------------------|----------|
| 11-BMJ Best Practice | <input type="checkbox"/> | 1a opção |
| 12-Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde | <input type="checkbox"/> | 2a opção |
| 13-Consultar colegas | <input type="checkbox"/> | 3a opção |
| 14-Dynamed | <input type="checkbox"/> | 4a opção |
| 15-Encaminhar o paciente para um especialista | <input type="checkbox"/> | 5a opção |
| 16-Matriciamiento por e-mail | | |
| 17-PACK | | |
| 18-Telessaúde (telefone 0800) | | |
| 19-Up To Date | | |
| 20- Outra | | |

- 2.11. Se assinalou outra em qualquer opção acima, descreva qual.
R.:
- 2.12. A maioria dos meus colegas fala bem do PACK.
 1 2 3 4 5
- 2.13. Considero que ferramentas como o PACK melhoram minha prática.
 1 2 3 4 5
- 2.14. Considero que ferramentas como o PACK melhoram minha relação com os pacientes.
 1 2 3 4 5
- 2.15. Considero que o PACK aumentou minha carga de trabalho.
 1 2 3 4 5
- 2.16. Sou a favor da implantação de ferramentas como o PACK.
 1 2 3 4 5
- 2.17. Se o PACK orienta uma conduta diferente da minha opinião, costumo seguir a orientação do PACK.
 1 2 3 4 5
- 2.18. Eu costumo utilizar a versão *e-book* no computador ou celular.
 1 2 3 4 5
- 2.19. Eu costumo utilizar a versão impressa.
 1 2 3 4 5

2.20. Tenho a versão *e-book* instalada no computador do meu consultório.

- a- sim
- b- não
- c- não sei

2.21. Tenho a versão *e-book* instalada no meu celular.

- a- sim
- b- não
- c- não sei

2.22. A versão impressa está dentro do meu consultório.

- a- sim
- b- não
- c- não sei

2.23. Não preciso levantar para consultar a versão impressa quando estou atendendo no meu consultório.

- a- sim
- b- não
- c- não sei

3. Intervenção

A partir de agora as respostas estarão em escala Likert, reforçamos que não existe resposta certa, responda segundo sua opinião!

Para as afirmações a seguir marque a resposta mais adequada segundo a sua opinião e de acordo com a escala abaixo:

- 1 - para discordo totalmente
- 2 - para discordo parcialmente
- 3 - para não sei / indiferente (neutro)
- 4 - para concordo parcialmente
- 5 - para concordo totalmente

3.1. O PACK é uma ferramenta de apoio a decisão clínica.

- 1 2 3 4 5

3.2. O PACK foi criado pela Secretaria de Saúde de Florianópolis

- 1 2 3 4 5

3.3. O PACK e outros instrumentos semelhantes (PAL, PALSA, PALSA plus, AIDPI) têm boas evidências de melhorarem o cuidado nas populações onde aplicados.

1 2 3 4 5

3.4. O conteúdo do PACK tem uma boa aplicabilidade na minha prática diária.

1 2 3 4 5

3.5. O PACK é fácil de ser utilizado.

1 2 3 4 5

3.6. Eu gosto de utilizar o PACK.

1 2 3 4 5

3.7. Eu utilizaria mais o PACK se ele estivesse dentro do prontuário eletrônico.

1 2 3 4 5

3.8. Acredito que utilizar o PACK aumenta a segurança do paciente.

1 2 3 4 5

3.9. Tenho confiança nas orientações de conduta do PACK.

1 2 3 4 5

APÊNDICE C – ARTIGO CIENTÍFICO

A utilização do PACK pelos médicos da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis: contribuições à implementação de um protocolo clínico na Atenção Primária à Saúde.

The use of PACK by physicians of Florianópolis Municipal Health Department: contributions to the implementation of a clinical protocol in Primary Health Care.

El uso de PACK por parte de los médicos del Departamento de Salud Municipal de Florianópolis: contribuciones a la implementación de un protocolo clínico en Atención Primaria de Salud.

Rafael Garcia Eymael, Maria Eugênia Bresolin Pinto, Daniela Tietzmann

A utilização do PACK pelos médicos da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis: contribuições à implementação de um protocolo clínico na Atenção Primária à Saúde.

Resumo

Introdução: Protocolos e diretrizes são cada vez mais comuns na Atenção Primária à Saúde (APS). Mas a simples disponibilização do conhecimento baseado em evidências na forma de protocolos não significa que mudarão condutas. É necessária uma implementação apropriada que leve em consideração o contexto, os profissionais e a própria ferramenta a ser implantada para que ela seja efetivamente utilizada. Estuda-se a utilização do protocolo de apoio à decisão clínica PACK Brasil Adulto versão Florianópolis pelos médicos da APS de Florianópolis em comparação com outras ferramentas de apoio à decisão clínica, o impacto do treinamento oferecido e do perfil dos profissionais na escolha de sua utilização como apoio ao diagnóstico e conduta. Objetivo: identificar pontos críticos no processo de utilização da ferramenta por estes profissionais e possíveis preditores para sua escolha. Métodos: Estudo transversal analítico com análise univariada e regressão logística binária. Resultados: Best Practice e PACK são as ferramentas mais utilizadas (acima de 80% em relação às demais). O PACK é mais utilizado em quem fez o treinamento e pelos profissionais cujo perfil demonstra maior sensação de autonomia no trabalho. Encontrada correlação positiva entre treinamento e uso do PACK no auxílio ao diagnóstico ($p= 0,007$; OR 21,12; IC 95% 2,33 – 191,07) e entre sensação de autonomia e uso do PACK no auxílio ao diagnóstico ($p= 0,009$; OR 59,670; IC 95% 2,76 – 1290,85) e conduta ($p= 0,022$; OR 12,888; IC 95% 1,457 – 114,03). Conclusões: Sensação de autonomia no trabalho e a aprovação dos colegas estão relacionados ao maior uso do PACK. Ter participado do treinamento predispõe ao maior uso como auxílio ao diagnóstico. Apenas pouco mais da metade admite mudar a conduta em favor do que é proposto no PACK.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Medicina de Família e Comunidade. Saúde Pública. Protocolos Clínicos. Ciência da Implementação.

Abstract

Introduction: Protocols and guidelines are increasingly common in Primary Health Care (PHC). But simply making evidence-based knowledge available does not mean that behavior will be used or changed. Proper implementation that takes into account the context, the professionals, and the tool itself is needed for it to be effectively used. The use of the clinical decision support protocol PACK Brazil Adult Florianópolis, by the PHC physicians of Florianópolis is studied in comparison with other clinical decision support tools. Also is studied the impact of the training offered and the profile of the professionals in the choice of its use as support for diagnosis and management. **Objective:** To identify critical points in the process of use of the tool by these professionals and possible predictors for its choice. **Methods:** Analytical cross-sectional study with univariate analysis and binary logistic regression. **Results:** Best Practice and PACK are the most used tools (over 80% compared to the others). The PACK is most used in those who did the training and by professionals whose profile shows greater sense of autonomy at work. Positive correlation was found between training and use of PACK to aid diagnosis ($p = 0.007$; OR 21.12; 95% CI 2.33 - 191.07) and between sense of autonomy and use of PACK to aid diagnosis ($p = 0.009$; OR 59.670; 95% CI 2.76 - 1290.85) and aid medical conducts ($p = 0.022$; OR 12.888; 95% CI 1.457 - 114.03). **Conclusions:** Feeling of autonomy at work and peer approval are related to the greater use of PACK. Having participated in the training predisposes to greater use as a diagnostic aid. Just over half of doctors admit to changing their conduct according to PACK.

Key words: Family Practice. Primary Health Care. Public Health. Clinical Protocols. Implementation Science.

Resumen

Introducción: los protocolos y pautas son cada vez más comunes en la Atención Primaria de Salud (APS). Pero solamente poner a disposición el conocimiento en forma de protocolos no significa que la conducta se va a cambiar. Se requiere una implementación adecuada que tenga en cuenta el contexto, los profesionales y la propia herramienta que se va a implementar para que efectivamente se la utilice. Se estudia el uso del protocolo de apoyo a la decisión clínica PACK Brasil adulto versión Florianópolis por parte de los médicos de APS de Florianópolis en comparación con otras herramientas de apoyo a la decisión clínica, se analiza el impacto de la capacitación ofrecida y el perfil de los profesionales en la elección de su uso como apoyo para diagnóstico y manejo. Objetivo: identificar puntos críticos en uso de la herramienta por parte de estos profesionales y posibles predictores para su elección. Métodos: Estudio analítico transversal con análisis univariado y regresión logística binaria. Resultados: Best Practice y PACK son las herramientas más utilizadas (más del 80% en comparación con las demás). El PACK se usa más en aquellos que hicieron la capacitación y por profesionales cuyo perfil muestra un mayor sentido de autonomía en el trabajo. Se encontró una correlación positiva entre el entrenamiento y el uso de PACK para ayudar al diagnóstico ($p = 0.007$; OR 21.12; IC 95% 2.33 - 191.07) y entre el sentido de autonomía y el uso de PACK para ayudar al diagnóstico ($p = 0.009$; OR 59.670; IC 95% 2.76 - 1290.85) y conducto ($p = 0.022$; OR 12.888; IC 95% 1.457 - 114.03). Conclusiones: El sentimiento de autonomía en el trabajo y la aprobación de los pares están relacionados con el mayor uso de PACK. Haber participado en el entrenamiento predispone a un mayor uso como ayuda diagnóstica. Poco más de la mitad admite cambiar de conducta si la suya es diferente de lo que indica el PACK.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud. Medicina Familiar y Comunitaria. Salud Pública. Protocolos Clínicos. Ciencia de la Implementación.

1. INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é consolidada no mundo como o local preferencial de atendimento às pessoas na busca por cuidados de saúde, sendo comprovada sua eficácia em proporcionar um cuidado custo-efetivo e seguro aos pacientes se observados seus atributos¹. Segundo Mendes², a APS deve ser a coordenadora do cuidado aos indivíduos nas Redes de Atenção à Saúde em sistemas de saúde de cobertura universal. No entanto, em muitos países em desenvolvimento a APS carece de pessoal capacitado e com uma supervisão adequada, e a qualidade da APS depende da implementação de diretrizes baseadas em evidências de alta qualidade³.

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Florianópolis vem investindo no fortalecimento da APS como coordenadora de sua rede de saúde, fato comprovado por ter sido a primeira capital do Brasil a atingir 100% de cobertura populacional pela Estratégia de Saúde da Família em 2015 segundo os critérios do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde⁴. Recentemente, a adoção da ferramenta de apoio a decisão clínica conhecida como PACK (*Practical Approach to Care Kit*) foi mais um investimento para qualificação da APS. A parceria com a Knowledge Translation Unit (KTU) do University of Cape Town Lung Institute e British Medical Journal resultou na edição do PACK Brasil Adulto versão Florianópolis, uma adaptação do *PACK Global Adult* que mantém alinhamento com o *British Medical Journal Best Practice* (BP) assim como protocolos da Organização Mundial de Saúde, normas e listas municipais, estaduais e nacionais⁵. Para uso em Florianópolis o *PACK Global Adult* e seu material de treinamento foram adaptados localmente⁶.

Evidências da efetividade do PACK em melhorar desfechos e fortalecer o sistema de saúde tem sido publicadas desde 2005, no entanto pouco se sabe como se dá a aceitação e efetivo uso pela população específica dos médicos^{7,8,9,10}.

É reconhecido na literatura que a simples aquisição de um conhecimento pelo profissional não significa que este será colocado em prática no cuidado ao

paciente. Uma revisão de 29 diretrizes em onze estudos mostrou que apenas um terço das evidências de pesquisa informadas nas diretrizes são adotadas rotineiramente, achado reportado em vários países e em várias áreas clínicas¹¹. Existe um hiato entre saber e fazer, ou, no inglês, “*knowing-doing gap*” que age como uma barreira para um cuidado melhor e de maior evidência¹².

Armstrong e Ogden¹³ lembram que o processo de oferecer tratamento na prática clínica não é totalmente racional. Em 1999, Cabana et al¹⁴ já afirmavam uma diretriz deve antes afetar o conhecimento do médico, depois suas atitudes e finalmente seu comportamento.

Na busca do entendimento das mudanças comportamentais que afetam o uso de diretrizes, vários autores vem postulando teorias à luz de conhecimentos da psicologia e através de revisões da literatur.^{15,16,17,18,19}

Lau *et al.*²⁰, chegaram a uma estrutura conceitual que descreve 21 temas primários e 40 secundários classificados em 4 níveis para descrever comportamentos e fatores que interferem na implementação de ferramentas na APS.

Apesar de ter um treinamento muito bem estruturado²¹ e boas evidências de melhorar desfechos nas equipes, a implementação do PACK nunca foi estudada na população específica de médicos. Dessa forma objetivamos reconhecer os aspectos que podem influenciar no maior ou menor uso desta ferramenta, em especial o treinamento realizado, de modo a propor caminhos que fortaleçam sua utilização entre os médicos.

2. MÉTODOS

2.1. DELINEAMENTO E POPULAÇÃO DE ESTUDO

Estudo transversal descritivo, com coleta de dados através de questionário em meio eletrônico confeccionado para esta pesquisa e população. Foi utilizado o modelo de Lau et al.¹¹ com perguntas formuladas para avaliar as características dos profissionais e da intervenção com suas subáreas pertinentes. O questionário (Apêndice A) também se apoia na Teoria do Comportamento Planejado, eficiente em prever atitudes em relação a mudança de comportamento frente a implementação de intervenções¹⁶.

Questionários foram enviados para as 141 equipes de Saúde da Família que contavam com 139 médicos. Incluindo, neste total, 79 participantes no treinamento para utilização do PACK em 2016 e 2017 e 42 residentes em Medicina de Família e Comunidade (MFC) do programa próprio da SMS. Foi feito estudo piloto com 6 médicos que não trabalhavam com o autor. Todos os médicos foram convidados a participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

2.2. PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram processados por análise univariada e regressão logística binária não hierárquica, cruzando as variáveis dependentes (VD) com as variáveis independentes (VI) ou preditores, após dicotomização. Optou-se pela não hierarquização devido à difícil ordenação das variáveis independentes de acordo com o referencial teórico e literatura. Foi feito teste de multicolinearidade entre as VI antes da regressão logística através dos testes de tolerância e VIF (Variance Inflation Factor) do SPSS. O teste de Hosmer-Lemeshow verificou a qualidade dos modelos construídos. Assumido o valor de $p < 0,20$ para progressão para a análise final e $p < 0,05$ para significância.

As perguntas em escala Likert também foram dicotomizadas, assumindo que os valores de 1 a 3 foram equivalentes a “não” (ou “0”) e de 4 a 5, equivalentes a “sim”(ou “1”).

Seis variáveis independentes foram construídas através da somatória de algumas questões do questionário, de acordo com a matriz conceitual utilizada, vide Quadro 1 abaixo.

Quadro 1 - Matriz conceitual mostrando a construção das variáveis independentes através das questões do questionário e do referencial teórico¹¹.

MATRIZ CONCEITUAL		
Variável independente	Descrição	Questões a que se refere no questionário
	Características dos profissionais	
1- Papel profissional	Capacidade de usar o julgamento profissional para aplicar conhecimento científico junto com a experiência pessoal e de lidar com incertezas. Preocupações sobre autonomia e independência da prática, confiança reduzida, incapacidade de lidar com escopo da prática são barreiras. Influência negativas dos pares sobre a ferramenta também são barreiras.	2.2. Tenho autonomia para tomar minhas condutas clínicas no dia a dia do meu trabalho no Centro de Saúde. 2.3. Tenho autonomia para mudar meu processo de trabalho no Centro de Saúde. 2.12. A maioria dos meus colegas fala bem do PACK.
2- Filosofia do cuidado	Estilo pessoal, influência da percepção da ferramenta dentro da prática profissional, forma de comunicação com os pacientes. Oposição filosófica à ferramenta e preocupação com intervenções na relação médico-paciente são barreiras.	2.4. Costumo consultar alguma fonte (livro, sites, aplicativos, telessaúde, etc) quando tenho dúvidas em relação à conduta ou diagnóstico de algum caso clínico 2.5. Não me importo em consultar alguma fonte na frente dos pacientes se tenho dúvidas. 2.6. Se necessário, geralmente tenho tempo para consultar alguma fonte durante as consultas. 2.7. Eu geralmente utilizo o PACK ou outros protocolos no meu dia a dia. 2.13. Considero que ferramentas como o PACK melhoram minha prática. 2.14. Considero que ferramentas como o PACK melhoram minha relação com os pacientes.
3- Atitudes para a mudança	Atitudes e crenças são moldadas por experiências prévias, educação, treinamento e rede de colegas. Desacordo com as evidências, falta de percepção de utilidade da ferramenta ou crença de que aumenta o trabalho são barreiras. Percepção de falta de tempo para novas ideias ou novas habilidades, falta de motivação ou da consciência da importância da ferramenta são barreiras.	2.15. Considero que o PACK aumentou minha carga de trabalho. 2.16. Sou a favor da implantação de ferramentas como o PACK. 2.17. Se o PACK orienta uma conduta diferente da minha opinião, costumo seguir a orientação do PACK.
4- Competências	Treinamento adequado e boas habilidades e experiência com computadores são tidas como facilitadores.	2.1. Considero minha habilidade geral com computadores muito boa. 2.18. Eu costumo utilizar a versão e-book no computador ou celular.
		Características da intervenção
1- Natureza da Intervenção	Complexidade (quanto mais complexa maior dificuldade), a evidência ou não de benefícios, aplicabilidade e relevância, custo-efetividade, clareza do instrumento, praticidade e customização para a realidade local.	3.1. O PACK é uma ferramenta de apoio a decisão clínica. 3.2. O PACK foi criado pela Secretaria de Saúde de Florianópolis. 3.3. O PACK e outros instrumentos semelhantes (PAL, PALSAs, PALSAs plus, AIDPI) têm boas evidências de melhorarem o cuidado nas populações onde aplicados. 3.4. O conteúdo do PACK tem uma boa aplicabilidade na minha prática diária. 3.5. O PACK é fácil de ser utilizado. 3.6. Eu gosto de utilizar o PACK.
2- Implementabilidade	Complexidade do processo de implementação, as mais complexas tem implementação mais difícil. Relação custo x benefício em relação a outros aspectos do cuidado, impressão de maior carga de trabalho.	Se aplicam na sua maioria ao gestor e profissionais envolvidos na implementação. A sensação de carga de trabalho está incluída nos fatores dos profissionais.
3- Segurança e Privacidade dos Dados	Percepção de segurança dos processos (evidências) e dados, a maior percepção de segurança é tida como facilitador da implementação.	3.8. Acredito que utilizar o PACK aumenta a segurança do paciente. 3.9. Tenho confiança nas orientações de conduta do PACK.

Fonte: autoria própria.

As Variáveis Dependentes (VD): “*Escolha do PACK como 1o e 2o auxílio ao diagnóstico*” e “*Escolha do PACK como 1o e 2o auxílio à conduta*”, foram utilizadas na regressão em correlação com as VI. Elas foram derivadas das perguntas 2.8 e 2.10 do questionário depois de dicotomizadas em “PACK” (que recebeu o valor 1) e “outros” (valor 0) e em seguida somadas as duas primeiras opções de auxílio ao diagnóstico e à conduta, criando as novas VD acima.

3. RESULTADOS

Noventa e seis questionários foram respondidos, ou 72,18% dos médicos ativos no momento da pesquisa. Excluído um respondente da categoria vínculo temporário por ser o único nesta categoria. Abaixo, a tabela 1 apresenta as características da população estudada segundo gênero, carga horária semanal, formação, vínculo com a SMS, tempo de formado e local de trabalho nos grupos que participaram ou não do treinamento para uso do PACK.

Tabela 1 - caracterização da população do estudo.

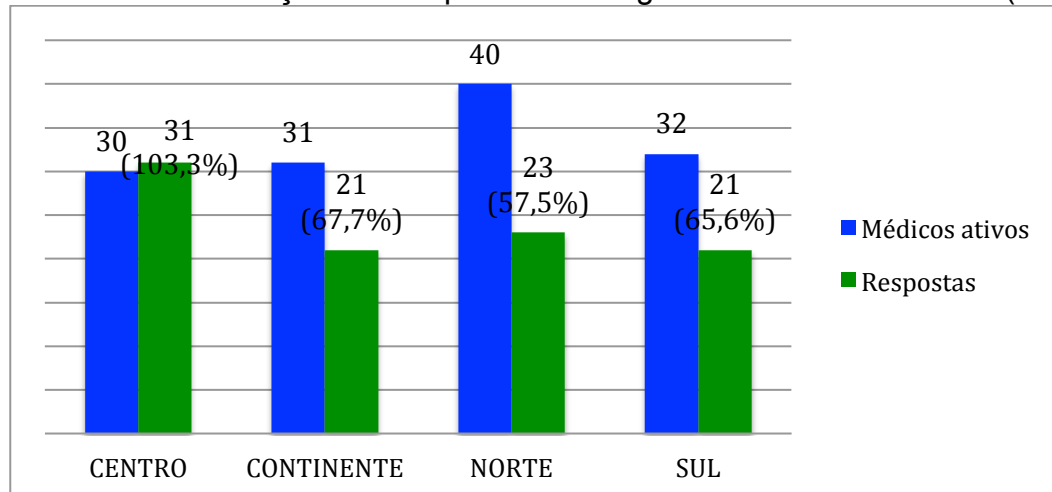
		Fez treinamento		Total (de cada linha) n (% do total)
		sim n (% do grupo)	não n (% do grupo)	
Gênero	masculino	17 (43,6%)	22 (56,4%)	39 (41,1%)
	feminino	31 (55,4%)	25 (44,6%)	56 (58,9%)
Carga horária	40h ou +	40 (50,6%)	39 (49,4%)	79 (83,2%)
	até 30h	8 (50,0%)	8 (50,0%)	16 (16,8%)
Vínculo: concursado ou residente	concursado	38 (53,5%)	33 (46,5%)	71 (74,7%)
	residente	10 (41,7%)	14 (58,3%)	24 (25,3%)
Especialização	MFC*	35 (54,7%)	29 (45,3%)	64 (67,4%)
	outras	6 (66,7%)	3 (33,3%)	9 (9,5%)
	sem	7 (31,8%)	15 (68,2%)	22 (23,2%)
Tempo de formado	menos de 5 anos	11 (39,3%)	17 (60,7%)	28 (29,5%)
	5 ou mais anos	37 (55,20%)	30 (44,8%)	67 (70,5%)
Distrito onde trabalha	centro	12 (38,7%)	19 (61,3%)	31 (32,6%)
	continente	16 (76,2%)	5 (23,8%)	21 (22,1%)
	norte	11 (50,0%)	11 (50,0%)	22 (23,2%)
	sul	9 (42,9%)	12 (57,10%)	21 (22,1%)
Total geral		48 (50,5%)	47 (49,5%)	95 (100%)

*Medicina de Família e Comunidade

Observamos predominância das mulheres com 58,9% das respostas (sendo 55,4% destas no grupo com treinamento). Mais de 67% dos respondentes são especialistas em MFC, a grande maioria tem mais de 5 anos de formado e o Distrito Centro foi o que mais respondeu.

O gráfico 1 mostra a porcentagem de médicos ativos que respondeu ao questionário segundo o Distrito Sanitário (DS) onde trabalha. Vemos que o DS Centro apresenta mais de 100% de resposta em relação ao esperado, isto ocorreu porque na informação oficial da SMS constava uma equipe sem médico cuja vaga foi preenchida no decorrer da pesquisa e este profissional respondeu ao questionário.

Gráfico 1 - distribuição dos respondentes segundo o Distrito Sanitário (DS)



Fonte: autoria própria

A rede municipal de Florianópolis recebe muitos alunos de graduação de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e residentes da SMS, o que faz do PACK uma potencial ferramenta também de ensino e aprendizagem, fazendo um paralelo entre os dados do Gráfico 2 e os dados de alocação dos discentes entre os distritos organizamos uma comparação apresentada na tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição dos alunos e residentes e percentual de escolha do PACK como 1ª e 2ª opção de auxílio ao diagnóstico e conduta entre os DS.

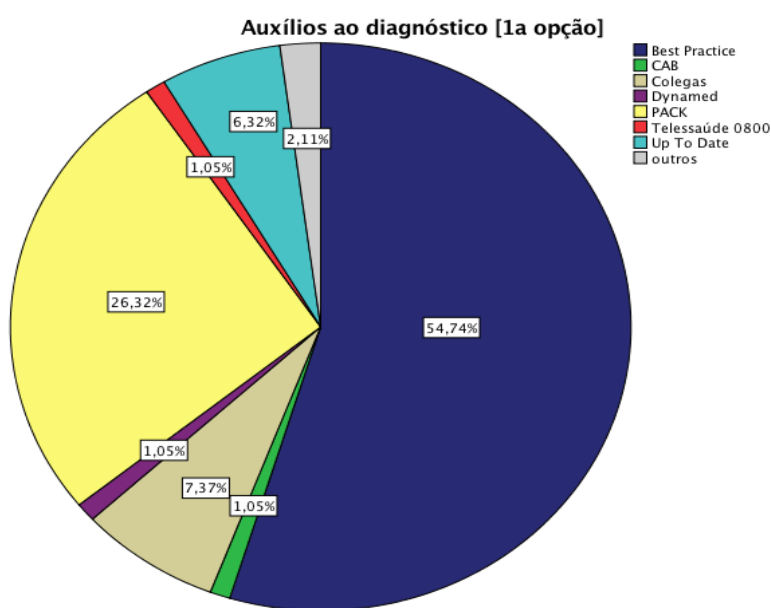
Distrito	5a a 8a fase UFSC	Internato UFSC	Geral UFSC	Residentes SMS R1+R2	Total	1º e 2º aux diag	1º e 2º aux cond
Centro	8	2	10	14	34	67,7% _a	64,5% _a
Continente	8	16	24	11	59	61,9% _a	52,4% _a
Norte	14	5	19	9	47	68,2% _a	68,2% _a
Sul	18	10	28	5	61	52,4% _a	57,1% _a
Total	48	33	81	39	201		

Cada letra de subscrito indica um subconjunto de Aux Diagn e Aux Cond, categorias cujas proporções da coluna não se diferem significativamente umas das outras no nível ,05.

Fonte: dados fornecidos por UFSC e SMS de Florianópolis, organizado pelo autor.

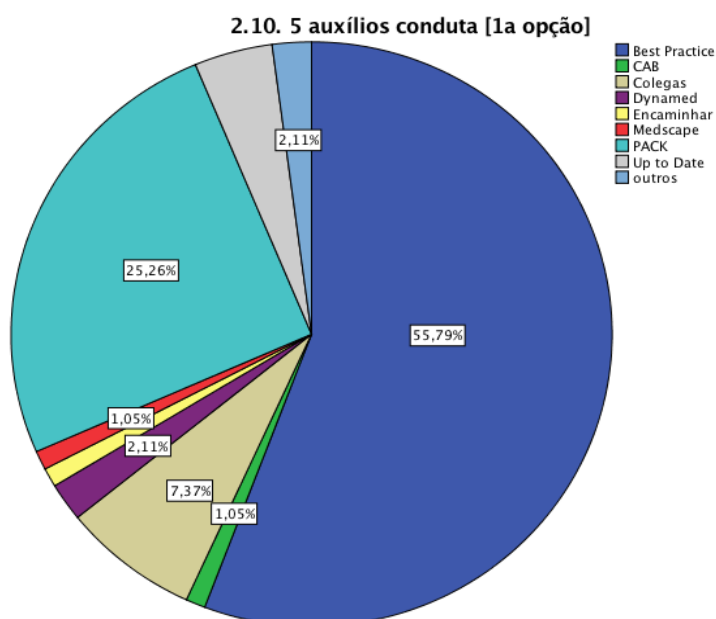
Em relação à escolha dos auxílios para diagnóstico e conduta, os resultados foram bastante variáveis, com predomínio do BMJ (British Medical Journal) Best Practice (BP), seguido do próprio PACK (cuja importante base de referência é o próprio BMJ Best Practice). Todas as opções de 1º auxílio ao diagnóstico e conduta estão os gráficos 2 e 3 abaixo.

Gráfico 2 - respostas de 1º auxílio diagnóstico dentre as opções sugeridas.



Fonte: autoria própria

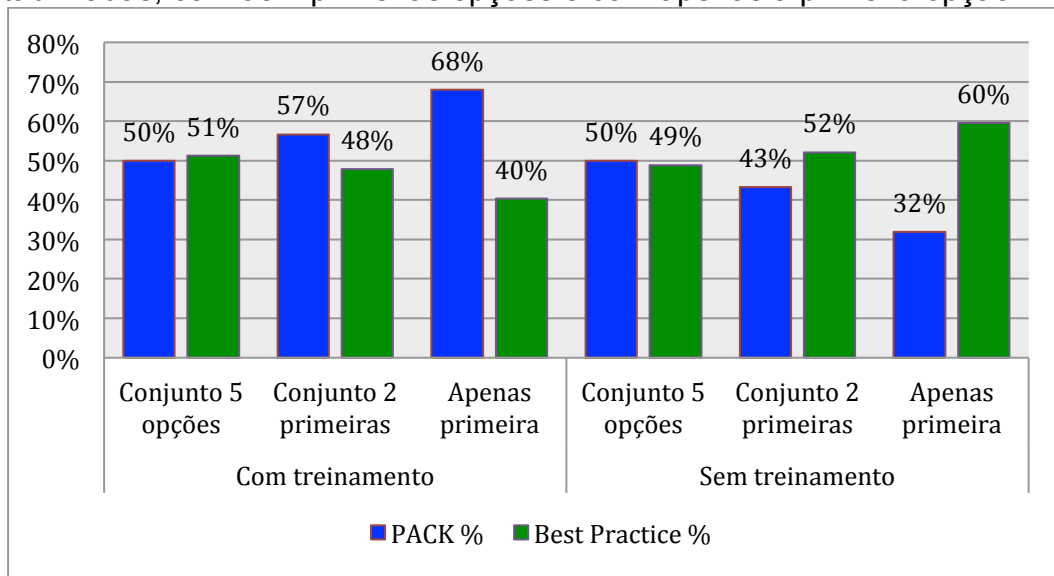
Gráfico 3 - respostas de 1º auxílio à conduta dentre as opções sugeridas.



Fonte: autoria própria

Temos uma tendência de aumento da escolha do PACK no auxílio ao diagnóstico para quem fez treinamento nas análises de todas as 5 opções em conjunto, depois das 2 primeiras e somente a primeira, respectivamente: 50%, 56,7% e 68%. Inversamente, notamos o declínio na porcentagem da escolha do BP no grupo com treinamento, com 51%, 48% e 40%, vide gráfico 4. O contrário acontece no grupo sem treinamento, com declínio do PACK e aumento do BP.

Gráfico 4 - porcentagem das duas principais escolhas de auxílio ao diagnóstico nos grupos com e sem treinamento comparando conjuntos com todas as 5 opções contabilizadas, com as 2 primeiras opções e com apenas a primeira opção.



Fonte: autoria própria

No auxílio à conduta, temos uma tendência de aumento da escolha do PACK para quem fez treinamento nas análises das 5 opções em conjunto, 2 primeiras e somente a primeira, respectivamente: 48,3%; 53,4% e 66,7%. Assim como aconteceu no auxílio ao diagnóstico.

Frente a esta relação inversa entre escolha do PACK e do BP, foi feita uma correlação simples entre escolha do PACK e do BP como 1ª opção e participação ou não no treinamento, através de Qui-quadrado de Pearson, com associação positiva para uso do PACK como 1ª opção ao diagnóstico no grupo que participou do treinamento ($p = 0,042$; IC 95%). O que não foi verificado com a VD “Primeira opção de auxílio à conduta” ($p = 0,067$; IC 95%). Também encontrada associação positiva

em relação ao uso do BP como 1º auxílio ao diagnóstico com o grupo sem treinamento ($p= 0,030$; IC 95%). A mesma correlação foi encontrada no 1º auxílio à conduta para maior uso do BP em quem não fez treinamento ($p= 0,048$; IC 95%).

3.1.REGRESSÃO LOGÍSTICA

Nos modelos de regressão logística utilizamos as variáveis independentes do quadro 1, algumas características da população e “Treinamento”. No modelo 1 foi utilizada a VD “*Escolha do PACK como 1º e 2º auxílio ao diagnóstico*” e no modelo 2 a VD “*Escolha do PACK como 1º e 2º auxílio à conduta*”.

3.1.1. MODELO 1: VD “ESCOLHA DO PACK COMO 1º E 2º AUXÍLIO AO DIAGNÓSTICO”.

Encontramos forte correlação positiva com a VI “*Treinamento*”, sendo que os participantes do treinamento podem chegar a ter 20 vezes mais chance de escolher o PACK como 1º ou 2º auxílio ao diagnóstico ($p= 0,007$; OR 21,12; IC 95% 2,33 – 191,07).

A VI “*Papel profissional*” também teve uma forte correlação positiva com a VD “*Escolha do PACK como 1º e 2º auxílio ao diagnóstico*” ($p= 0,009$; OR 59,670; IC 95% 2,76 – 1290,85). As demais VI não apresentaram significância como preditores da escolha do PACK no auxílio ao diagnóstico.

3.1.2. MODELO 2: VD “ESCOLHA DO PACK COMO 1º E 2º AUXÍLIO À CONDUTA”.

A correlação positiva entre treinamento e escolha do PACK como auxílio ao diagnóstico não se repetiu com a VD “*Escolha do PACK como 1º e 2º auxílio à conduta*”, se observando apenas uma tendência para esta escolha ($p= 0,321$; OR 1,664; IC95% 0,61 – 4,55).

Já a VI “*Papel profissional*” foi um importante preditor para a VD “*Escolha do PACK como 1º e 2º auxílio à conduta*” ($p= 0,022$; OR 12,888; IC 95% 1,457 – 114,03). Sendo a única com significância após rodado todo o modelo.

4. DISCUSSÃO

A boa adesão ao inquérito infere a aceitação da ferramenta e da estratégia de coleta de dados. Verificamos o predomínio de mulheres, especialistas em MFC e médicos com experiência profissional de 5 anos ou mais. A distribuição entre Distritos Sanitários (DS) foi equânime, com certa predominância do DS Centro. Os DS Continente e Sul concentram a maioria dos preceptores do curso de graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Ambos distritos apresentam os menores números percentuais de utilização do PACK como 1ª e 2ª opções de auxílio ao diagnóstico e conduta. Isto significa que uma potencial utilização do PACK como ferramenta de ensino e aprendizagem está sendo desperdiçada.

Podemos observar que duas ferramentas de apoio à decisão clínica são preponderantes neste estudo: BMJ Best Practice (BP) e PACK. Juntos respondem por 81% das respostas no primeiro auxílio tanto ao diagnóstico quanto à conduta e 59% das respostas no segundo auxílio também tanto para diagnóstico como conduta. O próprio PACK⁵, na sua página de apresentação “Sobre o PACK” cita:

A KTU construiu uma base de dados que usa como referência o Best Practice e outros protocolos que alimentam cada uma das cerca de 4000 recomendações clínicas, diagnósticas e de manejo do PACK Global Adult. Esta base de dados apoiou o processo de adaptação do PACK Global Adult para o contexto local de Florianópolis e também serve com fonte para atualizações anuais, garantindo sua relevância ao longo do tempo.

Portanto, ao utilizarem o PACK ou o BP, os profissionais estão se referenciando praticamente à mesma base de dados, que é mundialmente reconhecida por seu rigor científico. O achado destas fontes estarem em 81% das primeiras escolhas no auxílio à decisão coloca nossa população de estudo muito à frente das referências bibliográficas que apontam uma aderência de apenas 55% às práticas baseadas em evidência¹² ou de que apenas um terço das evidências de pesquisa informadas nas diretrizes são adotadas rotineiramente^{11,20}. Entretanto, na análise da afirmação direta de acatar a conduta do PACK mesmo se diferente da sua conduta tradicional, atingimos um máximo de 56% no grupo que participou do treinamento e de apenas 44% no

que não participou. Achados que ficam dentro do esperado na literatura e revelam a importância do treinamento para a adesão às evidências.

O fato do PACK e BP estarem à frente dos tradicionais “Encaminhar” e “Consultar colegas” e do novo “Matriciamento por e-mail”, revela uma tendência desta população em aderir a práticas bem embasadas em relação a evidências. Também as outras opções merecem reconhecimento por sua seriedade como UpToDate, Dynamed, Telessaúde e Cadernos de Atenção Básica, no entanto estas fontes ficaram atrás de outras menos “rigorosas” como consultar colegas e matriciamento por e-mail com especialistas focais.

Observamos uma correlação positiva entre fazer treinamento para uso do PACK e sua utilização como 1ª opção de auxílio ao diagnóstico, no teste de X^2 de Pearson ($p= 0,042$) e também na regressão logística com a Variável Dependente (VD) “*Escolha do PACK como 1º e 2º auxílio ao diagnóstico*” Tais achados corroboram a importância dada ao treinamento na estratégia de implementação desta ferramenta²¹. No entanto esta correlação não se observou na 1ª opção de auxílio à conduta, nem com X^2 de Pearson ($p= 0,067$), nem na regressão logística ($p> 0,20$). Inversamente, observamos uma correlação positiva com o X^2 de Pearson entre uso do *Best Practice* como 1ª opção de auxílio ao diagnóstico ($p= 0,030$) e à conduta ($p= 0,048$) e grupo sem treinamento.

A Variável Independente (VI) “*Papel profissional*” teve uma forte correlação positiva tanto com a VD “*Escolha do PACK como 1º e 2º auxílio ao diagnóstico*” como com a VD “*Escolha do PACK como 1º e 2º auxílio à conduta*”. Esta VI é relacionada ao uso do julgamento profissional na aplicação do conhecimento científico junto com a experiência pessoal e capacidade de lidar com incertezas. Na matriz conceitual da literatura utilizada¹¹ ela tem relação com autonomia profissional, confiança e influência dos pares, características presentes nas questões do questionário utilizadas para sua criação. Os achados corroboram a indicação da literatura de que investir na autonomia clínica e de processo de trabalho do profissional facilita a adoção de mudanças. Temos o paralelo com literatura de que a identidade profissional que é adquirida muito mais pela experiência do que pelo conhecimento (influência dos pares¹³) e de que o controle percebido sobre o comportamento, aqui representado pela

percepção de autonomia, proposto por Icek Ajzen¹⁵, são fortes influenciadores na adoção de mudanças como a implementação do PACK.

Podemos notar uma tendência de influência positiva para utilização do PACK como auxílio ao diagnóstico e conduta para o gênero feminino. Carga horária maior que 30h também leva a uma tendência de maior uso. O tempo de formado se revelou praticamente irrelevante na regressão. A VI *“Atitudes para mudança”* também mostrou uma tendência em influenciar maior uso do PACK, embora não significativa. Lembrando que esta VI se relaciona com a percepção de carga de trabalho com o uso da ferramenta, com ser favorável a sua implantação e confiança na mesma, fatores importantes de serem trabalhados no treinamento do PACK. Outro fator de tendência positiva, em especial no auxílio à conduta, foi a VI *“Segurança e privacidade”*, que leva em consideração a sensação de segurança da ferramenta para o paciente e a confiança do profissional na mesma, outros aspectos a serem trabalhados no treinamento.

5. CONCLUSÕES

Os resultados das análises feitas comprovaram a hipótese de que o treinamento para a utilização do PACK é um fator importante e relevante no estímulo ao seu uso, embora o efeito não tenha sido tão importante no uso para auxílio à conduta como o foi para o auxílio ao diagnóstico. E justamente esta é uma das suas principais proposições de uso. Se faz crucial, portanto, que, nesta nova etapa de treinamento agora em curso para todos os médicos e enfermeiros da APS de Florianópolis, se enfatize aspectos sobre o embasamento e segurança das orientações do PACK. Como por exemplo a sua base de dados principal constituída pelo BMJ Best Practice, que foi a ferramenta mais citada como auxílio ao diagnóstico e conduta. Também importante a reafirmação do PACK (assim como as demais ferramentas de auxílio à decisão clínica) como apoio e não obrigação, para que se ultrapasse o ainda remanescente receio de cerceamento da liberdade na relação médico-paciente e do sentimento de maior carga de trabalho relatado por alguns participantes.

Esta ênfase na ferramenta como apoio pode ser importante na percepção de autonomia nas condutas clínicas e processo de trabalho, assim como facilitar a disseminação de uma boa opinião sobre o PACK entre os pares. Todos estes três itens compõem a VI “Papel Profissional”, o maior preditor de uso do PACK na regressão logística.

Ao identificar condições que influenciam o maior ou menor uso da ferramenta, espera-se que a SMS de Florianópolis utilize estas informações para direcionar de forma mais racional os esforços de implementação desta ferramenta de melhoria do cuidado aos cidadãos.

Embora o presente estudo seja de difícil extrapolação para outras populações, o que é inerente a coletas de dados com caráter subjetivo como as escalas Likert (mesmo que objetivadas para as análises), pudemos comprovar a utilidade da estrutura conceitual encontrada na literatura. Assim esperamos contribuir para ampliar sua utilização e, quem sabe, para a futura construção de um instrumento validado para a aferição de implementações de ferramentas na APS. Uma das fragilidades deste estudo foi justamente a não utilização de um instrumento já validado para seu objetivo.

REFERÊNCIAS

1. STARFIELD, Barbara. Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, 2002. 723 p. Ministério da Saúde.
2. MENDES, Eugênio Vilaça (Org.). As Redes de Atenção à Saúde. 2. ed. Brasília: Organização Pan-americana de Saúde, 2011. 549 p.
3. FAIRALL, Lara et al. Innovating to improve primary care in less developed countries: towards a global model. Bmj Innovations, [s.l.], v. 1, n. 4, p.196-203, 23 jul. 2015. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjinnov-2015-000045>.
4. FLORIANÓPOLIS. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. (Org.). **RELATÓRIO DE GESTÃO - PERÍODO DE JANEIRO A DEZEMBRO DE 2016**. Florianópolis: Sms Florianópolis, 2016. 39 p. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/documentos/pdf/06_11_2017_10.12.45.a00fe8d34d9e43fea883385dfed77978.pdf>. Acesso em: 29 set. 2017.
5. PACK Brasil Adulto: versão Florianópolis. Kit de Cuidados em Atenção Primária. Ferramenta de manejo clínico em Atenção Primária à Saúde. University of Cape Town Lung Institute`s Knowledge Translation Unit, 2018. Título original: Practical Approach to Care Kit – PACK Global Adult.
6. WATTRUS, Camilla et al. Using a mentorship model to localise the Practical Approach to Care Kit (PACK): from South Africa to Brazil. Bmj Global Health, [s.l.], v. 3, n. 5, p.1-8, out. 2018. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2018-001016>. Disponível em: <https://gh.bmj.com/content/3/Suppl_5/e001016>. Acesso em: 08 abr. 2019.
7. FAIRALL, L. R et al. Effect of educational outreach to nurses on tuberculosis case detection and primary care of respiratory illness:

- pragmatic cluster randomised controlled trial. *Bmj*, [s.l.], v. 331, n. 7519, p.750-754, 1 out. 2005. *BMJ*. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.331.7519.750>.
8. FAIRALL, L. R et al. Effectiveness of Antiretroviral Treatment in a South African ProgramA Cohort Study. *Archives Of Internal Medicine*, [s.l.], v. 168, n. 1, p.86-93, 14 jan. 2008. American Medical Association (AMA). <http://dx.doi.org/10.1001/archinternmed.2007.10>.
 9. FAIRALL, Lara et al. Task shifting of antiretroviral treatment from doctors to primary-care nurses in South Africa (STRETCH): a pragmatic, parallel, cluster-randomised trial. *The Lancet*, Si, v. 380, n. 1, p.889-898, 08 set. 2012.
 10. ZWARENSTEIN, M. et al. Outreach education for integration of HIV/AIDS care, antiretroviral treatment, and tuberculosis care in primary care clinics in South Africa: PALSA PLUS pragmatic cluster randomised trial. *Bmj*, [s.l.], v. 342, n. 211, p.1-8, 21 abr. 2011. *BMJ*. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.d2022>.
 11. LAU, Rosa et al. Achieving change in primary care—causes of the evidence to practice gap: systematic reviews of reviews. *Implementation Science*, [s.l.], v. 11, n. 1, p.1-39, dez. 2015. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1186/s13012-016-0396-4>. Disponível em: <<https://implementationscience.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s13012-016-0396-4?site=implementationscience.biomedcentral.com>>. Acesso em: 20 set. 2017.
 12. COCHRANE, Lorna J. et al. Gaps between knowing and doing: Understanding and assessing the barriers to optimal health care. *Journal Of Continuing Education In The Health Professions*, [s.l.], v. 27, n. 2, p.94-102, mar. 2007. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1002/chp.106>.
 13. ARMSTRONG, David; OGDEN, Jane. The role of etiquette and experimentation in explaining how doctors change behaviour: a qualitative study. *Sociology Of Health And Illness*, [s.l.], v. 28, n. 7, p.951-968, 26

set. 2006. Wiley-Blackwell. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-9566.2006.00514.x>.

14. CABANA, Michael D. et al. Why Don't Physicians Follow Clinical Practice Guidelines? *Jama*, [s.l.], v. 282, n. 15, p.1458-1465, 20 out. 1999
15. AJZEN, Icek. The theory of planned behavior. *Organizational Behavior And Human Decision Processes*, [s.l.], v. 50, n. 2, p.179-211, dez. 1991. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-t](http://dx.doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-t). Disponível em:
<https://www.researchgate.net/publication/272790646_The_Theory_of_Planned_Behavior>. Acesso em: 19 set. 2017.
16. KORTTEISTO, Tiina et al. Implementing clinical decision support for primary care professionals: the process. *Finnish Journal Of Ehealth And Ewelfare*, [s.l.], v. 4, n. 3, p.154-164, 30 set. 2012. Disponível em:
<<https://journal.fi/finjehew/article/view/6916>>. Acesso em: 19 set. 2017.
17. KRAMER, Lena et al. Development and validation of a generic questionnaire for the implementation of complex medical interventions. *Gms German Medical Science*, Si, v. 12, n. 8, p.1-11, 01 abr. 2014. Disponível em: <<http://www.egms.de/en/journals/gms/2014-12/000193.shtml>>. Acesso em: 20 set. 2017.
18. GRIMSHAW, Jm et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess*, Si, v. 6, n. 8, p.1-94, fev. 2004.
19. BOAZ, Annette; BAEZA, Juan; FRASER, Alec. Effective implementation of research into practice: an overview of systematic reviews of the health literature. *Bmc Research Notes*, [s.l.], v. 4, n. 1, p.212-220, 22 jun. 2011. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1186/1756-0500-4-212>.
20. LAU, Rosa et al. Addressing the evidence to practice gap for complex interventions in primary care: a systematic review of reviews protocol. *Bmj Open*, [s.l.], v. 4, n. 6, p.1-6, 23 jun. 2014. BMJ.

<http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2014-005548>. Disponível em:
<<http://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/4/6/e005548.full.pdf>>. Acesso
em: 20 set. 2017.

21. SIMELANE, Makhosazana Lungile et al. The Practical Approach to Care Kit (PACK) training programme: scaling up and sustaining support for health workers to improve primary care. *Bmj Global Health*, [s.l.], v. 3, n. 5, p.1-10, nov. 2018. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2018-001124>. Disponível em:
<https://gh.bmj.com/content/bmjgh/3/Suppl_5/e001124.full.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2019.

BLOGRAFIA CONSULTADA

1. AJZEN, Icek. Theory of Planned Behavior. Disponível em: <<http://people.umass.edu/aizen/tpb.html>>. Acesso em: 20 set. 2017.
2. BRASIL. BRASIL. (Ed.). Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9). Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33856/396770/Política+Nacional+de+Educação+Permanente+em+Saúde/c92db117-e170-45e7-9984-8a7cdb111faa>>. Acesso em: 27 ago. 2017.
3. FLORIANÓPOLIS (Município). Instrução Normativa nº 002, de 15 de junho de 2016. **Instrução Normativa no 002/sms/gab/2016**. Florianópolis, SC, 18 ago. 2016. p. 2-4. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/diario/pdf/18_08_2016_19.23.38.8f4025e6999644c8d3a593c138b604f3.pdf>. Acesso em: 30 set. 2017.
4. IBGE (Org.). **Cidades IBGE**. 2017. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/florianopolis/panorama>>. Acesso em: 29 set. 2017.
5. GRIMSHAW, Jeremy M et al. Knowledge translation of research findings. Implementation Science, [s.l.], v. 7, n. 1, p.1-17, 31 maio 2012. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1186/1748-5908-7-50>
6. MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisa; amostragens; técnicas de pesquisa e elaboração, análise e interpretação de dados. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2007.
7. WEISZ, George et al. The Emergence of Clinical Practice Guidelines. The Milbank Quarterly, Montreal, v. 85, n. 4, p.691-727, abr. 2007.

ANEXO A – NORMAS PARA SUBMISSÃO DA REVISTA BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE – RBMFC

Preparo do manuscrito

Os manuscritos devem ser submetidos à RBMFC em formato ODT, DOC ou DOCX. A página deve ter formato A4, com margens superior e inferior de 1,25 cm, esquerda de 3 cm e direita de 2 cm. Os parágrafos devem ter entrelinhas de 1,5 linha, com fonte Arial, tamanho 12. Preferencialmente, os manuscritos devem vir com numeração automática das linhas e numeração automática das páginas, no rodapé.

A RBMFC aceita manuscritos em português, espanhol ou inglês. Além das instruções listadas nas [Políticas de Seção](#), cada manuscrito deve trazer os seguintes elementos:

- Título nos três idiomas. Não há um limite rígido para o tamanho do título, mas ele deve ser sucinto, chamativo e representativo do conteúdo do manuscrito. O corpo editorial da RBMFC se reserva o direito de ajustar o título.
- Título corrido no idioma do manuscrito, com menos de 40 caracteres (contando o espaço).
- Resumo e palavras-chave nos três idiomas. A [Política de Seção](#) especifica o tamanho, formato e conteúdo dos resumos. As palavras-chave devem ser entre 3 e 5, e devem necessariamente constar nos [Descritores em Ciências da Saúde \(DeCS\)](#). A ferramenta [MeSH on Demand](#) ajuda a escolher palavras-chave, embora não tenha palavras-chave existentes apenas nos DeCS. O corpo editorial da RBMFC se reserva o direito de ajustar as palavras-chave.
- O corpo do manuscrito deve ser redigido de forma clara e concisa, respeitando as [Políticas de Seção](#). O corpo do texto não deve repetir todos os dados contidos em tabelas e outras ilustrações, assim como gráficos não devem repetir dados contidos em tabelas ou vice-versa. Notas de rodapé são proibidas.

- O título das tabelas e figuras deve ser inserido ao longo do manuscrito principal, em seguida ao primeiro parágrafo citando a tabela ou figura. Tabelas e figuras de formato vetorial (gráficos, mapas etc.) devem ser inseridas junto ao título em seu formato original, e não como capturas de telas (“*prints*”). Figuras em formato raster (“*bitmap*”), como fotografias, devem ser anexadas como documentos suplementares, preferencialmente em formato TIFF com resolução de 300 dpi ou mais.
- Referências seguindo o estilo Vancouver, conforme os [exemplos nesta página](#) e os [detalhes neste livro eletrônico](#) da *National Library of Medicine* (EUA). O *digital object identifier* (DOI; exemplo: “[https://doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1505](https://doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1505)”) deverá ser listado ao fim de cada referência, quando disponível. O endereço na Internet (URL, de *uniform resource locator*) deve ser informado (conforme especificado no guia) para recursos eletrônicos que não tenham DOI, ISSN ou ISBN.

Os manuscritos em geral, mas principalmente aqueles da seção Artigos de Pesquisas, devem seguir as [recomendações do ICMJE](#) (com a exceção das instruções sobre a folha de rosto, “*title page*”).

Abreviaturas e acrônimos devem ser restritos àqueles amplamente conhecidos; e devem ser expandidos em sua primeira ocorrência; e devem ser evitados nos títulos. Não é necessário nomear por extenso as abreviaturas do Sistema Internacional de Unidades e outras consagradas em outros sistemas técnicos, como *sp* ou *spp* na nomenclatura binomial das espécies. Unidades de medidas para exames de laboratório que não sigam o Sistema Internacional de Unidades devem vir acompanhadas da respectiva conversão; por exemplo, “uma glicemia de 126 mg/dL (7,0 mmol/L)”.

Tabelas (numéricas ou textuais) e figuras (gráficos, mapas, fotografias etc.) devem ser citadas no corpo do manuscrito (não no resumo), como em “Metade dos participantes eram do sexo feminino, e a idade média foi 42 anos (Tabela 1)”, ou “As características na amostra estão descritas na Tabela 1”. Tanto tabelas quanto figuras devem ser numeradas consecutivamente em algarismos arábicos, e ter títulos autoexplicativos. Quaisquer abreviaturas ou

acrônimos utilizados em tabelas ou figuras devem ser expandidos nos respectivos rodapé.

As referências devem ser citadas no corpo do manuscrito utilizando numeração consecutiva; por exemplo, “A atenção primária à saúde é fundamental para que os sistemas de saúde cumpram sua missão.¹ De acordo com Starfield,² a atenção primária é definida pela concomitância de quatro atributos fundamentais...”. Citações dentro de tabelas ou figuras devem seguir a ordem do texto anterior à ilustração.

Conforme descrito em [Assegurando a avaliação pelos pares cega](#), o manuscrito principal deve omitir o nome e a afiliação institucional dos autores; essas informações serão preenchidas no formulário de submissão. Além disso, ao preparar o manuscrito principal os autores deve substituir por “XXXXXXXXXX” (sem aspas) quaisquer nomes próprios que possam identificar os autores ou suas afiliações institucionais, como a organização à qual pertence o comitê de ética ou o município onde foram coletados os dados. Após a aprovação, os autores serão lembrados de substituir os “XXXXXXXXXX” antes da editoração.

No caso de pesquisas com financiamento externo, os autores devem informar nos Métodos o papel do financiador no delineamento da pesquisa, na coleta e análise de dados, na decisão de publicar e na escolha da revista, conforme recomendado pelo [CSE](#) e pelo [ICMJE](#).

Declarações. Além do manuscrito principal, os autores deverão submeter um documento suplementar (“Declarações”) contendo as seguintes informações:

- **Colaboradores:** Informar de que forma cada autor ou colaborador atende aos [critérios de autoria](#). Por exemplo, “Concepção e/ou delineamento do estudo: FT, CS. Aquisição, análise ou interpretação dos dados: FT, BT, CS. Redação preliminar: FT. Revisão crítica da versão preliminar: BT, CS, José Vitória. Todos os autores aprovaram a versão final e concordaram com prestar contas sobre todos os aspectos do trabalho.” sendo FT, CS e BT os acrônimos do nome dos autores. Alternativamente, os autores e

colaboradores poderão utilizar a [Taxonomia das Funções do Colaborador \(CRediT\)](#) para expressar a contribuição de cada autor ou colaborador.

- **Agradecimentos:** Outros agradecimentos devidos.

Submissão do manuscrito

A RBMFC recebe submissões exclusivamente através de sua plataforma eletrônica, em <https://rbmfc.org.br/>. Para submeter o manuscrito, o autor deve estar cadastrado e “logado” na plataforma eletrônica. De uma forma geral, o formulário de submissão é autoexplicativo, mas vale a pena ler antes as [Condições de Submissão](#) para evitar contratempos. O campo “Comentários para o editor” deve mencionar quaisquer publicações prévias semelhantes ou redundantes, bem como qualquer informação revelante para a decisão de enviar ou não o manuscrito para avaliação por pares.

Uma dica importante é lembrar-se de informar os metadados referentes *todos* os autores durante a submissão; o botão “Incluir autor” se encontra logo abaixo dos metadados do primeiro autor. Não se deve usar CAIXA ALTA ao informar autoria ou título do manuscrito.

A “instituição/afiliação” deve seguir o formato: “Nome da Instituição (SIGLA). Cidade, Estado”. Trata-se da organização no âmbito da qual o trabalho foi desenvolvido, usualmente um vínculo empregatício ou instituição onde o autor estuda.

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. O manuscrito atende ao [foco e escopo](#) da RBMFC.
2. O manuscrito não foi publicado, nem se encontra em análise para publicação em qualquer periódico avaliador por pares.

3. O manuscrito foi publicado de acordo com a [política de seção](#) correspondente.
4. Os autores concordam com a [Declaração de Direito Autoral](#).
5. Para preenchimento do formulário de submissão, a pessoa que realiza a submissão dispõe de todos os dados sobre cada um dos autores: nome completo, [ORCID](#) iD, URL do [currículo Lattes](#) (brasileiros), instituição/afiliação, [declaração de conflitos de interesse](#) e breve biografia profissional.
6. Todas as pessoas listadas como autoras atendem aos [critérios de autoria](#), e todas as pessoas atendendo aos quatro critérios de autoria estão listadas como autoras.
7. Todas as pessoas que atendam a um ou mais critérios de autoria tiveram sua contribuição descrita em uma declaração a ser submetida como documento suplementar, como descrito em [Preparo do manuscrito](#).
8. O documento de aprovação do comitê de ética em pesquisa (ou equivalente se fora do Brasil) está pronto para ser enviado como documento suplementar; ou o manuscrito não relata pesquisas com seres humanos.
9. Autores possuem consentimento por escrito assinado pelos participantes da pesquisa ou seus responsáveis; ou o manuscrito não relata pesquisa com sujeitos humanos; ou um comitê de ética em pesquisa isentou os pesquisadores de obter consentimento por escrito.
10. Os autores possuem consentimento por escrito assinado pelo paciente ou seu responsável, autorizando a publicação do caso clínico; ou o manuscrito não relata um caso clínico.
11. Os métodos do manuscrito possuem plano de compartilhamento de dados, conforme descrito em [Dados Abertos e Reprodutibilidade](#); ou o manuscrito não relata um ensaio clínico.
12. Os métodos do manuscrito atestam o uso de dados de compartilhamento de acordo com quaisquer termos acordados no recebimento dos dados, conforme descrito em [Dados Abertos e Reprodutibilidade](#); ou o manuscrito não relata uma análise secundária de dados de compartilhamento de um ensaio clínico.

13. O manuscrito foi redigido conforme as diretrizes e extensões relevantes da *EQUATOR Network*, conforme descrito em [Dados abertos e reprodutibilidade](#); ou não se aplica.
14. A pesquisa foi incluída em um registro público antes de inscrever seu primeiro participante, conforme descrito em [Dados Abertos e Reprodutibilidade](#); ou o manuscrito não relata um ensaio clínico.
15. O manuscrito atende às [diretrizes aos autores](#).

Declaração de Direito Autoral

Ao submeterem um manuscrito à RBMFC, os autores mantêm a titularidade dos direitos autorais sobre o artigo, e autorizam a RBMFC a publicar esse manuscrito sob a [licença Creative Commons Atribuição 4.0](#) e identificar-se como veículo de sua publicação original.

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

ANEXO B – PARECER DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estudo da utilização do PACK pelos médicos da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis: contribuições à implementação de um protocolo clínico na Atenção Primária à Saúde.

Pesquisador: Maria Eugênia Bresolin Pinto

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 90838918.6.0000.5345

Instituição Proponente: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.733.956

Apresentação do Projeto:

Protocolos e diretrizes são cada vez mais comuns em serviços complexos como a Atenção Primária à Saúde (APS). No entanto a simples disponibilização do conhecimento baseado em evidências na forma de protocolos não significa que eles serão utilizados ou que mudarão condutas médicas. É necessária uma implementação apropriada que leve em consideração o contexto, os profissionais e a própria ferramenta a ser implantada para que a mesma seja efetivamente utilizada.

Pretende-se estudar a forma de utilização do protocolo de apoio à decisão clínica PACK Brasil Adulto versão Florianópolis pelos médicos da APS do município e sua relação com alguns grupos de perfil profissional. Objetiva-se assim identificar pontos críticos no processo de utilização da ferramenta junto a estes profissionais para fornecer informações que auxiliem a implementação da mesma. Pretende-se também identificar se o PACK é utilizado como ferramenta de educação em serviço pelos profissionais que recebem estudantes. Será um estudo transversal descritivo, realizado através de questionário on-line baseado em estrutura conceitual apropriada para a APS. A população estudada será a totalidade dos médicos integrantes de equipes de Saúde da Família e residentes em Medicina de Família e Comunidade atuantes nos Centros de Saúde da APS de Florianópolis na época do estudo

Objetivo da Pesquisa:

4.1.Geral

Endereço: Rua Sarmiento Leite ,245

Bairro: Sarmiento

CEP: 90.050-170

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3303-8804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

Continuação do Parecer: 2.733.956

Compreender o processo de utilização do PACK na prática dos médicos dos Centros de Saúde de Florianópolis, comparando grupos com e sem treinamento.

4.2. Específicos

4.2.1. Verificar as dificuldades e facilidades na utilização do PACK na rotina dos médicos da APS;

4.2.2. Verificar o conhecimento dos médicos acerca do modo de uso do PACK;

4.2.3. Identificar características dos profissionais que influenciem na utilização do PACK;

4.2.4. Verificar se o PACK é utilizado como ferramenta de ensino/aprendizagem;

4.2.5. Fornecer informações que possam direcionar racionalmente os esforços de implementação do PACK junto aos médicos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Adequados

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de pesquisa bem delineado, com clareza de objetivos e metodologia detalhada e adequada aos objetivos propostos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não se aplica

Recomendações:

Não se aplica

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram encontrados óbices éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo com o parecer do Relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1116626.pdf	31/05/2018 16:20:57		Aceito
Outros	termo_relatorio_MEBP.pdf	31/05/2018 16:20:21	Maria Eugênia Bresolin Pinto	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto_PL_Brasil.pdf	02/05/2018	Maria Eugênia	Aceito

Endereço: Rua Sarmento Leite ,245

Bairro: Sarmento

CEP: 90.050-170

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3303-8804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



Continuação do Parecer: 2.733.956

Folha de Rosto	Folha_rosto_PL_Brasil.pdf	17:16:09	Bresolin Pinto	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Plat_Brasil2.pdf	23/04/2018 16:54:17	Maria Eugênia Bresolin Pinto	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_SMS.pdf	19/04/2018 16:25:05	Maria Eugênia Bresolin Pinto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	19/04/2018 16:21:10	Maria Eugênia Bresolin Pinto	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 25 de Junho de 2018

Assinado por:

**Luciane Dalcanale Moussalle
(Coordenador)**

Endereço: Rua Sarmiento Leite ,245

Bairro: Sarmiento

CEP: 90.050-170

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3303-8804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br