

Protocolo Clínico do Ministério da Saúde/Brasil para Doença de Parkinson: adesão e percepção do médico prescritor

Clinical Protocol of the Brazilian Ministry of Health on Parkinson's Disease: adherence and perception of the prescribing physician

Ana Paula Rigo (<https://orcid.org/0000-0002-9142-9421>)¹

Rosa Maria Levandovski (<https://orcid.org/0000-0001-7212-633X>)²

Balduino Tschiedel (<https://orcid.org/0000-0003-0037-1322>)³

Abstract *This study evaluated the adherence of physicians to the Clinical Protocol and Therapeutic Guidelines on Parkinson's Disease (CP-TG-PD) within the scope of the Unified Health System (SUS). A descriptive analysis of 375 drug application documents sent to the Pharmaceutical Services of the Rio Grande do Sul State Public Health Department (AF/SES/RS) between March and September 2016, and a structured survey to evaluate the physician's perception about the protocol and barriers to its use was conducted. Only 5.33% of the requests analyzed presented all the necessary data, considering the criteria of the protocol. The requests from specialists had a higher percentage of adherence to the diagnostic and dose criteria ($p<0.05$). The main barriers to protocol use were the lack of awareness or familiarity with the protocol (48%) and the lack of time to complete the mandatory documents (52%). More recently qualified physicians tended to perceive fewer barriers to protocol use ($p<0.05$). The results indicate that actions are still necessary to implement the PCDT-DP in medical practice, focusing on care and management teams. Greater integration between pharmaceutical assistance and the healthcare network is needed.*

Key words *Clinical practice manual, Adherence to guidelines, Parkinson's Disease, Pharmaceutical services, Unified Health System (SUS)*

Resumo *Este estudo avaliou a adesão de médicos ao Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Doença de Parkinson (PCDT-DP), no âmbito do SUS. Dois métodos complementares foram utilizados: avaliação descritiva de 375 solicitações de medicamentos encaminhadas à Assistência Farmacêutica da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, de março a setembro de 2016, e levantamento por meio de questionário estruturado aos prescritores para investigar a percepção de barreiras à utilização. Apenas 5,33% das solicitações analisadas apresentaram adesão completa às recomendações do protocolo. As solicitações oriundas de especialistas em DP tiveram maior adesão aos critérios para o diagnóstico ($p<0,05$) e dose do medicamento ($p<0,05$). Dentre as respostas ao questionário destacaram-se como principais barreiras a falta de tempo para preenchimento dos documentos obrigatórios (52%) e nenhum ou pouco conhecimento sobre o protocolo (48%). Médicos com menor tempo de exercício de profissão tendem a perceber menos barreiras para a utilização do protocolo ($p<0,05$). Os resultados indicam a necessidade de ações de implementação do PCDT-DP à prática médica, direcionadas às equipes assistenciais e de gestão, e maior integração da assistência farmacêutica com a rede de atenção.*

Palavras-chave *Guia de prática clínica, Fidelidade a diretrizes, Doença de Parkinson, Assistência farmacêutica, SUS*

¹ Coordenação da Política de Assistência Farmacêutica, Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul. Av. Borges de Medeiros 1501, Bairro Centro Histórico. 90020-020 Porto Alegre RS Brasil. ana-rigo@saude.rs.gov.br

² Serviço de Saúde Comunitária, Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre RS Brasil.

³ Instituto da Criança com Diabetes. Porto Alegre RS Brasil.

Introdução

A Doença de Parkinson (DP) caracteriza-se por sintomas e manifestações que se apresentam de forma crônica e progressiva e causam severa incapacidade ao indivíduo afetado, prejudicando sua qualidade de vida, de sua família e cuidadores. Implica custos diretos, relacionados ao uso de medicamentos e hospitalizações, e indiretos, como perda de produtividade e aposentadoria precoce em casos mais graves. Os custos elevados são um desafio para os sistemas de saúde e para a sociedade devido à duração prolongada da doença e ao envelhecimento da população¹.

O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Doença de Parkinson foi elaborado pelo Ministério da Saúde/Brasil com o objetivo de orientar a assistência para DP. PCDT são considerados tecnologias em saúde, construídos de acordo com o conhecimento científico vigente, com o objetivo de orientar o médico assistente, demais profissionais da saúde e a população sobre as características de agravos e possibilidades de tratamentos, além do monitoramento clínico para o acompanhamento da proposta terapêutica adotada².

Especificamente para DP, o protocolo clínico apresenta diretrizes para o diagnóstico, opções disponíveis no SUS para o tratamento farmacológico (e, mais recentemente, cirúrgico), de acordo com estágio da doença, idade e sintomatologia do paciente, doses indicadas, benefícios esperados, além de descrever como monitorizar a efetividade do tratamento e manejar o aparecimento de efeitos adversos³. Os medicamentos disponibilizados são selecionados a partir de critérios de eficácia, segurança e custo² e fornecidos por meio dos Componentes Básico e Especializado da Assistência Farmacêutica.

Os medicamentos relacionados no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Ceaf) são dispensados apenas àqueles pacientes que preencherem os critérios estabelecidos nos respectivos PCDT e que apresentarem, conjuntamente à solicitação de seus medicamentos, as comprovações necessárias à autorização do tratamento, como laudos, exames e prescrição médica⁴. Nesse contexto, a adesão do médico prescritor ao PCDT e a sua incorporação à prática impactam diretamente no acesso ao tratamento e na continuidade e integralidade do cuidado.

Estudos sobre a utilização de protocolos assistenciais apontam a importância de pesquisas realizadas em contexto local para obtenção e análise de informações sobre as barreiras e fa-

cilitadores à adoção de suas recomendações⁵⁻⁸. O conhecimento obtido pode ser utilizado para subsidiar a elaboração de estratégias adaptadas à situação encontrada, que promovam e consolidem a utilização de protocolos, contribuindo para a qualificação da assistência e do acesso às tecnologias disponíveis, garantindo a integralidade do cuidado e benefícios à qualidade de vida.

O nível de adesão ao PCDT-DP pelos médicos prescritores no Rio Grande do Sul (RS) não é conhecido, tampouco sua percepção sobre a diretriz clínica e as barreiras que impedem sua utilização. Dessa forma, a avaliação da adesão proposta neste estudo teve por objetivo conhecer se este protocolo está sendo utilizado para guiar a conduta médica, bem como conhecer os possíveis fatores que facilitam e dificultam sua utilização como uma tecnologia em saúde.

Metodologia

Estudo transversal com utilização de dois métodos distintos e complementares: (1) pesquisa documental para identificar a proporção de solicitações de medicamentos para DP em conformidade com o PCDT-DP e para caracterizar as inconformidades e (2) levantamento por meio de questionário estruturado para verificar a percepção dos médicos quanto às características do PCDT-DP, identificar as barreiras à sua utilização e investigar as intervenções preferidas para implementação.

Ambos os métodos tiveram seus dados avaliados por metodologia quantitativa, com análise exploratória descritiva. As análises inferenciais foram realizadas por teste Qui-Quadrado de Pearson (χ^2) e Exato de Fisher para comparação entre as variáveis categóricas ou ANOVA e teste t-Student para variáveis contínuas. Coeficiente de Correlação de Pearson foi utilizado com o propósito de verificar o grau de correlação entre os domínios do questionário e as variáveis demográficas e profissionais do prescritor. A análise dos dados foi realizada no pacote estatístico SPSS® versão 16.0, sendo considerados significativos os valores de $p < 0,05$.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição.

Pesquisa documental

Amostra de conveniência composta por 375 novas solicitações de medicamentos para tratamento de DP ou CID 10-G.20, encaminhadas à

Assistência Farmacêutica da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul (AF/SES/RS), durante os meses de março a setembro de 2016, foi utilizada para a análise da adesão dos médicos às recomendações do protocolo.

A adesão ao PCDT-DP, para fins deste estudo, foi definida como o atendimento aos requisitos descritos no protocolo para a elegibilidade do paciente ao recebimento do tratamento, bem como às condições para a dispensação. Foram elaborados indicadores, conforme matriz de julgamento (Quadro 1). A fonte de verificação das informações refere-se aos documentos nos quais os dados foram coletados. Todos os indicadores foram avaliados de forma dicotômica conforme sua adequação ou não adequação ao estabelecido no PCDT-DP.

Adesão completa foi considerada mediante a conformidade da solicitação com os documentos exigidos e a adequação no preenchimento, incluindo a presença dos critérios técnicos e clínicos obrigatórios. Em caso de inconformidades, como ausência de informação ou de documentos e/ou exames; desacordo com os critérios obrigatórios; ou preenchimento incorreto do Laudo para Solicitação de Medicamentos Especializados (LME), impeditivos para a plenitude da análise, as solicitações foram classificadas como adesão parcial. E ainda, foram classificadas como adesão ausente os casos nos quais o diagnóstico e a anamnese eram divergentes ou o paciente apresentava sinais ou sintomas excludentes para DP.

Questionário Estruturado de Percepção do Prescritor

Foi desenvolvido questionário estruturado, composto por quatro domínios: (1) características do PCDT-DP; (2) barreiras para a utilização do protocolo; (3) estratégias para implementação do PCDT-DP à prática médica e (4) características demográficas e profissionais dos respondentes. As respostas foram coletadas mediante utilização de escala *Likert* de cinco pontos, com níveis de resposta que variavam de discordo totalmente (um ponto) a concordo totalmente (cinco pontos).

Previamente ao envio, o instrumento foi apresentado a grupo de médicos especialistas em avaliação de tecnologias na área da saúde. O objetivo desta conduta foi avaliar e aprimorar o instrumento de pesquisa e verificar os procedimentos de emissão. Os questionários foram disponibilizados aos médicos potencialmente prescritores para DP por *link* de acesso, enviados

por correio eletrônico ou mensagem (Plataforma Lattes). Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) informando que o retorno do questionário respondido implicaria em consentimento para a utilização dos dados no estudo foi anexado.

Encaminhou-se o questionário a 1.569 endereços de correio eletrônico pertencentes a médicos elencados durante a coleta de dados somados a endereços de correio eletrônico fornecidos pela Associação Médica do Rio Grande do Sul (AMRIGS). Esses foram selecionados conforme as especialidades recomendadas para o atendimento do paciente com DP no protocolo (neurologia e geriatria) e de acordo com as especialidades médicas que mais encaminharam solicitações de medicamentos no período do estudo (médicos generalistas e especialistas em medicina de família e comunidade).

Resultados

Adesão ao PCDT-DP

As solicitações de medicamentos para DP analisadas originaram-se tanto em atendimentos no sistema público (42,7%) quanto no sistema privado de saúde (39,7%). Parte da documentação não pôde ser identificada quanto à origem por ser oriunda de estabelecimentos com atendimento simultâneo, tanto pelo SUS quanto pela Saúde Suplementar. Menos da metade das solicitações foi encaminhada por médicos neurologistas ou geriatras (41,6%).

A maioria das solicitações (77,6%) pertencia à pacientes com mais de 60 anos, média de idade 68,13 anos ($DP \pm 11,39$), com idade mínima 31 e máxima 95. O medicamento especializado para tratamento da DP mais solicitado foi o pramipexol, associado ou não a outros medicamentos, requerido em 81,1% das solicitações, seguido por amantadina (20,8%) e selegilina (6,1%).

A verificação da adesão ao PCDT-DP evidenciou a presença dos documentos obrigatórios LME e prescrição médica em 99,7% e do TER em 94,4% das solicitações analisadas. Entretanto, quando avaliada a qualidade do preenchimento dos documentos quanto aos indicadores selecionados, observou-se alta adesão apenas para a utilização de DCB na prescrição médica (95,5%). O documento com menor índice de preenchimento completo foi o LME, preenchido integralmente em apenas 30% das solicitações. O TER apresentava-se completo em 62,4% das solicitações.

Quanto ao critério de inclusão do PCDT-DP, diagnóstico clínico de DP segundo o BCSPRU, observou-se baixa adesão. Em apenas 9,6% das solicitações houve descrição completa dos sinais e sintomas necessários ao diagnóstico definitivo. Bradicinesia, critério imprescindível para o diagnóstico, constava em menos da metade das solicitações (44%). Na maioria das solicitações (90,1%) não constavam os sinais e sintomas de suporte positivo. Em quatro solicitações (1,1%) foi informado um critério negativo na anamnese, fator excludente para diagnóstico de Doença de Parkinson idiopática.

Considerando-se o conjunto dos indicadores elencadas para definição da adesão, conforme matriz de julgamento apresentada no Quadro 1, apenas pequena parte das solicitações foram consideradas aderentes (adesão completa) às recomendações e requisitos do protocolo, possibilitando o deferimento do pedido (Tabela 1).

A comparação da adesão entre os tipos de atendimento, público ou privado, assim como entre as especialidades médicas, neurologistas ou geriatras e outras especialidades, não resultou em diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

A adesão a cada um dos indicadores separadamente foi comparada entre as especialidades do prescritor (neurologista/geriatra e outras especialidades) e o tipo de atendimento (público ou privado). Nesta análise, foi encontrada diferença estatisticamente significativa na adesão ao indicador diagnóstico (critério de inclusão) com 13,5% de adesão por especialistas em DP e 6,4% de adesão por outras especialidades, $p < 0,05$, e no indicador dose, que apresentou 99,4% de adesão por médicos especialistas e 95,4% por outras especialidades, $p < 0,05$. Os demais indicadores não apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos avaliados.

Quadro 1. Matriz de julgamento para avaliação da adesão dos prescritores aos indicadores estabelecidos a partir do PCDT-DP.

Item do PCDT	Indicador	Descrição do indicador	Fonte de verificação	Desfecho
Critério de inclusão	Diagnóstico clínico de DP segundo o Banco de Cérebros da Sociedade de Parkinson do Reino Unido (BCSPRU): critérios positivos para DP	Descrição de sinais e sintomas de DP necessários à formulação do diagnóstico definitivo: - Critérios necessários - bradicinesia e pelo menos rigidez muscular ou tremor de repouso ou instabilidade postural - Critérios de suporte positivo – 3 ou mais são necessários para o diagnóstico	Laudo médico ou LME	Adequado se contemplar todos os itens da descrição do indicador (cinco sinais ou sintomas)
Critério de exclusão	Diagnóstico clínico de DP segundo o BCSPRU: critérios negativos para DP	Descrição de qualquer critério negativo para DP na solicitação	Laudo médico ou LME	Inadequado se apresentar qualquer critério negativo
TER	Termo de Esclarecimento Responsabilidade	Presença do documento e preenchimento com assinatura do paciente ou responsável legal e do médico prescritor	TER	Adequado se conforme descrição do indicador
Fluxograma de dispensação	LME	Presença do documento e preenchimento dos campos nome do paciente, medicamento e quantidade, CID 10 e diagnóstico, anamnese, tratamento prévio ou atual, atestado de capacidade, identificação do médico	LME	Adequado se conforme descrição do indicador
	Prescrição	Presença do documento e preenchimento do nome do fármaco com a Denominação Comum Brasileira (DCB)	Prescrição	Adequado se conforme descrição do indicador
	Dose prescrita	Doses conforme relacionadas no PCDT-DP	Prescrição	Adequado se conforme descrição do indicador

Tabela 1. Adesão do médico prescritor ao PCDT-DP, conforme conjunto de indicadores elencados na matriz de julgamento do estudo.

Desfecho	N	%
Adesão completa (solicitação deferida)	20	5,33%
Adesão parcial (devolução dos documentos ao paciente)	347	92,53%
Adesão ausente (solicitação indeferida)	8	2,13%
Total	375	100%

Perspectiva dos médicos prescritores

Foram respondidos 25 questionários. A percepção quanto ao PCDT-DP pode ser observada na Tabela 2. Praticamente metade dos médicos respondentes reportou não ter ciência sobre o PCDT-DP (resposta N/A ou discordo fortemente/discordo). Destes, 67% pertencem à relação de médicos que preencheram documentos de solicitação de medicamentos à AF/SES/RS, durante o período de coleta dos dados.

Dentre aqueles que têm ciência sobre o PCDT-DP, 66,7% responderam concordar que o protocolo é baseado em evidências de boa qualidade, que possui recomendações claras e que sua utilização traz benefícios ao paciente. A atualidade das informações foi a característica do PCDT-DP pior avaliada, com 40% de reprovação.

Quanto às barreiras para a adesão ao protocolo destacou-se a “falta de tempo para preenchimento dos documentos exigidos”, seguida pela “falta de familiaridade com o conteúdo do PCDT”. Para a maioria dos respondentes a “falta de concordância com as recomendações do protocolo” não foi considerada uma barreira.

A análise dos dados a partir do coeficiente de Correlação de Pearson evidenciou correlação moderada negativa entre a idade dos respondentes e as características do PCDT-DP elencadas no domínio 1, indicando que os prescritores mais jovens apresentam melhor percepção sobre o protocolo. Similarmente, foi observado que quanto maiores são consideradas as barreiras para a adesão (domínio 2), maior o tempo de exercício da profissão ($r = 0,44$; $p < 0,05$) dos respondentes. Ainda, foi verificada correlação positiva moderada entre a estratégia de implementação distribuição ampla de materiais impressos (domínio 3), a idade ($r = 0,49$; $p < 0,05$) e o tempo de exercício

da profissão ($r = 0,53$; $p < 0,01$) do médico prescritor, indicando que quanto maior a idade e o tempo de exercício da profissão, maior a preferência por materiais impressos.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas quando comparadas as respostas fornecidas aos domínios 1 e 2 do questionário e as variáveis especialidade do médico prescritor, experiência no tratamento de DP e a origem pública ou privada da prescrição.

Discussão

Foi evidenciada baixa adesão dos médicos em relação aos parâmetros clínicos preconizados no protocolo do MS quando analisados os documentos para solicitação de medicamentos ao SUS. Considerando o conjunto dos indicadores elencados, apenas 5,33% das solicitações iniciais de medicamentos para DP apresentavam-se completas quanto às informações e documentos necessários à avaliação e deferimento da solicitação.

O levantamento realizado mediante a aplicação de questionário estruturado evidenciou pouco conhecimento dos prescritores sobre a existência do protocolo e seu conteúdo, além de dificuldades relativas ao tempo necessário para o preenchimento dos documentos obrigatórios necessários à solicitação de medicamentos do Ceaf.

A incompletude das solicitações, no caso específico do Ceaf, impede a avaliação técnica e ocasiona a solicitação de informações complementares ao prescritor, gerando retrabalho e sobrecarga de consultas médicas ao sistema de saúde, causando atrasos no acesso a medicamentos de forma gratuita por meio do SUS e retardando o início do tratamento. A falta de atendimento imediato à solicitação do tratamento medicamentoso prejudica a continuidade do cuidado, em oposição à integralidade proposta como diretriz do Ceaf, impactando diretamente na condição de saúde do usuário. Além disso, a dificuldade de acesso ao tratamento pode ocasionar o custeio do medicamento pelo próprio paciente, interferindo na equidade do programa, ou, ainda, à procura de medicamentos pela via judicial, acarretando em aumento de profissionais para atender essa demanda, que estarão menos disponíveis para as funções relativas às solicitações administrativas. Desse modo, o aumento da judicialização pode causar dificuldades no fornecimento de medicamentos pela via administrativa, além de problemas quanto ao uso apropriado de

Tabela 2. Percepção quanto ao PCDT-DP, barreiras para a adesão e estratégias preferidas para a implementação, na visão do médico prescritor.

	Discordo/ discordo forte ^{1e} N (%)	Não concordo, nem discordo N (%)	Concordo/ concordo forte ^{1e} N (%)	N/AN (%)
Domínio 1: Características PCDT-DP				
1. Tenho ciência sobre a existência do protocolo para Doença de Parkinson do Ministério da Saúde	6 (24)	1 (4)	12 (48)	6 (24)
2. O PCDT é baseado em evidências de boa qualidade	1 (6,7)	4 (26,7)	10 (66,7)	-
3. O PCDT é baseado em informações atualizadas	5 (33,3)	4 (26,7)	6 (40)	-
4. O PCDT possui recomendações claras, sendo facilmente colocado em prática	3 (20)	2 (13,3)	10 (66,7)	-
5. O PCDT é útil na prática diária, pois possui recomendações úteis para qualificar e confirmar o diagnóstico e o tratamento	1 (6,7)	6 (40)	8 (53,3)	-
6. A utilização do PCDT traz benefícios ao paciente	3 (20)	2 (13,3)	10 (66,7)	-
Domínio 2: Barreiras				
1. Falta de familiaridade sobre o conteúdo do PCDT*	9 (36)	7 (28)	9 (36)	0
2. A diretriz restringe a autonomia do médico assistente**	6 (24)	12 (48)	7 (28)	0
3. Falta de concordância com as recomendações sugeridas no protocolo**	10 (40)	12 (48)	3 (12)	0
4. Falta de tempo para o preenchimento dos documentos exigidos***	5 (20)	7 (28)	13 (52)	0
5. A diretriz é muito longa e é difícil extrair a informação necessária***	5 (20)	14 (56)	6 (24)	0
6. Dificuldade em encontrá-lo na Internet***	14 (56)	8 (32)	3 (12)	0
Domínio 3: Estratégias para implementação				
1. Receber resumo e fluxogramas com as recomendações do PCDT por e-mail ou impressas	3 (12)	2 (8)	20 (80)	0
2. Receber informações sobre o PCDT de associações profissionais médicas	3 (12)	0	22 (88)	0
3. Distribuição ampla de materiais impressos	9 (37,5)	3 (12,5)	12 (50)	0
4. Cursos de capacitação sobre o conteúdo da diretriz e sobre os fluxos de medicamentos do Ministério da Saúde	4 (16)	5 (20)	16 (64)	0
5. Visitas educativas regulares, no local de trabalho, por profissionais da saúde treinados, com o intuito de fornecer informações sobre o PCDT	6 (24)	6 (24)	13 (52)	0
6. Auditorias regulares sobre a utilização da diretriz, com posterior retorno aos profissionais	5 (20)	6 (24)	14 (56)	0

N/A = foi solicitado aos respondentes que não tivessem ciência sobre o PCDT-DP que respondessem N/A a partir da segunda questão e continuassem a responder a partir do segundo domínio. *Barreira de conhecimento. **Barreira de atitude. ***Barreira de comportamento/prática, segundo classificação proposta por Cabana et al.⁵.

medicamentos, uma vez que demandas judiciais não são avaliadas quanto à racionalidade do uso.

A falta de adesão às diretrizes clínicas do Ministério da Saúde também foi observada em estudo sobre o acesso aos medicamentos para doença de Alzheimer, realizado em Minas Gerais. Neste estudo foi constatado que grande parte dos prescritores não adere a todos os procedimentos exigidos no PCDT específico, principalmente aos

critérios de inclusão, ocasionando 38% de indeferimentos às solicitações protocoladas junto ao estado⁹. Assim como em nosso estudo, a falta de adesão constituiu barreira ao acesso. De forma distinta, porém não conflitante, Vasconcelos¹⁰, em estudo realizado para investigar a adesão ao PCDT para o tratamento de anemia na insuficiência renal crônica, verificou que a adesão aos indicadores relacionados ao critério de inclusão foi

a que apresentou melhor cumprimento, mas não sem deficiências, sendo os indicadores relacionados à monitorização do tratamento do paciente os menos contemplados.

A partir dos resultados de nosso estudo foi possível verificar que menos da metade das solicitações de medicamentos referentes à DP foram encaminhadas por especialistas da área, médicos neurologistas ou geriatras, embora esta seja uma condição estabelecida no PCDT-DP para que ocorra o fornecimento de medicamentos. Nesse sentido, tem sido apontado que a média complexidade é um gargalo do sistema e representa uma das principais dificuldades para a integralidade da atenção, com o acesso à atenção especializada sendo ainda insuficiente em relação a demanda^{11,12}. Pode-se dizer que esse requisito é uma das primeiras barreiras para o acesso ao tratamento para DP pelo SUS, confirmado por resultado de pesquisa que apontou a falta de estrutura na rede de saúde para atendimento das demandas exigidas pelos PCDT, consultas com especialistas e exames especializados, como uma limitação para o acesso e para o acompanhamento da efetividade e de problemas relacionados aos tratamentos disponibilizados pelo Ceaf³.

Considerando a dificuldade de acesso a médicos especialistas, a SES/RS, atualmente, flexibiliza esse critério, avaliando tanto solicitações de especialistas em DP como de outras especialidades, incluindo e ampliando a possibilidade de fornecimento para mais usuários. Dessa forma, devemos considerar a necessidade de educação permanente para o manejo de DP, contemplando diferentes especialidades, principalmente médicos da atenção primária em saúde, como estratégia complementar à qualificação do cuidado.

Relativamente à investigação da adesão aos indicadores selecionados, foi demonstrado um alto percentual de adesão ao encaminhamento dos documentos exigidos pelo PCDT-DP, LME, TER e prescrição, evidenciando haver conhecimento sobre os documentos necessários à solicitação. Porém, quando analisados os preenchimentos dos documentos, LME e TER apresentaram altas proporções de falta de informações necessárias à aprovação das solicitações, corroborando com a perspectiva dos médicos respondentes sobre o desconhecimento do PCDT-DP.

O preenchimento de documentos na área da saúde é considerado por Donabedian¹⁴ estratégico para a decisão clínica e gerencial e para a pesquisa e formação profissional, sendo um indicador da qualidade da assistência prestada. Contudo, o preenchimento inadequado de documen-

tos na área da saúde, principalmente prontuários, é recorrente no Brasil^{10,15-17}. Apenas o preenchimento da prescrição médica com a DCB para a descrição do fármaco solicitado teve percentuais elevados de adesão. A utilização adequada da DCB na descrição dos fármacos foi demonstrada em outros estudos^{18,19}, indicando a conscientização da classe médica sobre a exigência de utilização do nome genérico de medicamentos no âmbito do SUS e a importância de utilizá-lo para facilitar a identificação do medicamento pelos pacientes e pelos profissionais de saúde, reduzindo erros de cadastro e dispensação e promovendo o uso apropriado de medicamentos.

Quanto à adesão ao critério de inclusão preconizado no PCDT-DP, observou-se que apenas 9,6% das solicitações encaminhadas continham a descrição dos sinais e sintomas de suporte positivo (início unilateral, doença progressiva, tremor de repouso, persistência de assimetria dos sintomas, boa resposta à levodopa, presença de discinesias induzidas por levodopa, resposta à levodopa por cinco anos ou mais, evolução clínica de 10 anos ou mais), conforme o BCSPRU. Embora a descrição de tremor ou rigidez, sintomas relacionados ao parkinsonismo, estivessem presentes, a descrição de critérios de suporte positivo é necessária para a formulação do diagnóstico diferencial de DP.

A avaliação dos indicadores de adesão separadamente permitiu observar melhor adesão ao critério de inclusão e às doses preconizadas pelos médicos especialistas, reiterando a importância de educação permanente para médicos da atenção primária como forma de implementar o protocolo. A necessidade de fomentar a implementação é fortalecida pelo baixo índice de conhecimento sobre a existência do PCDT-DP, tendo sido esse motivo já descrito em outros estudos no Brasil^{9,20} para a não-adesão às recomendações propostas em protocolos clínicos.

As barreiras mais citadas para utilização do PCDT-DP estão relacionadas ao conhecimento e a prática, conforme classificação de Cabana et al.⁵. As barreiras relacionadas à atitude parecem não ser as mais importantes para a efetiva implementação do protocolo. Estudos realizados fora do país também observaram que a atitude dos médicos em relação à diretrizes clínicas não é a principal barreira para a sua adoção, já que a maioria dos prescritores as considera bons instrumentos educacionais e capazes de qualificar a assistência^{21,22}. A barreira mais citada em nosso estudo refere-se à falta de tempo para o preenchimento dos documentos exigidos. A falta de fa-

miliaridade com o conteúdo da diretriz para DP também foi considerada uma barreira importante. Da mesma forma, em pesquisa sobre a adoção de protocolo assistencial do Ministério da Saúde para o manejo da sífilis verificou-se que a baixa familiaridade dos profissionais com o conteúdo do protocolo foi uma das barreiras mais relatadas, mas a falta de concordância com protocolos não se mostrou uma barreira importante²⁰.

Nosso estudo demonstrou ainda diferenças na percepção à existência de barreiras para a utilização do protocolo relacionadas ao tempo de exercício de profissão do prescritor, indicando que maior esforço deve ser realizado buscando a implementação do protocolo junto aos prescritores atuando há mais tempo. Esse resultado está em conformidade com resultado encontrado no Brasil⁹, onde foi constatado que prescritores com menor tempo de profissão apresentaram maiores taxas de adesão a protocolos e tiveram mais solicitações de medicamentos atendidas, e fora do país, onde médicos com menos tempo de prática mostraram-se mais favoráveis à diretrizes²². Segundo Taba et al.²³ estas diferenças podem estar ligadas à introdução da medicina baseada em evidências na formação de médicos, principalmente na última década.

A aceitação de diretrizes clínicas, segundo Lutgenberg et al.²⁴, é otimizada quando as intervenções escolhidas para a implementação levam em conta as preferências do grupo alvo. A preferência por receber informações por meio das sociedades médicas encontrada nesta pesquisa evidencia a importância da inserção da classe médica na discussão e elaboração de protocolos clínicos. Esse resultado está de acordo com experiências internacionais e orientações para a elaboração de diretrizes que destacam a importância de sua produção terem a participação da classe profissional que irá utilizá-la^{25,26}. O recebimento de materiais resumidos, fluxogramas e algoritmos, foi outra estratégia com boa aceitabilidade. Documentos sucintos facilitam a consulta na prática, permitindo visualização rápida do conteúdo apresentado. O Reino Unido, país com vasta experiência na elaboração de diretrizes clínicas, as dissemina em formatos resumidos objetivando a promoção da utilização; e recomendações para melhorar a implementação de diretrizes orientam a produção de materiais sumarizados²⁷.

A fim de orientar a escolha de estratégias para implementação, foi possível verificar que a preferência por receber materiais impressos com informações sobre o PCDT apresentou correlação positiva com a idade e o tempo de formado do

respondente, mostrando uma tendência de respondentes mais jovens preferirem materiais em mídias eletrônicas, o que também é observado na prática.

Por fim, a análise documental da adesão dos médicos prescritores ao PCDT para Doença de Parkinson pode ser uma limitação desse estudo, uma vez que não nos permite inferir se o protocolo não está sendo utilizado na prática clínica ou se isto está ocorrendo apenas no preenchimento dos documentos. Porém, a metodologia utilizada nos fornece um indicativo sobre a baixa utilização dos critérios de inclusão para a solicitação do tratamento, indicando baixa implementação do PCDT-DP. A falta na literatura de um instrumento validado para verificar a adesão de médicos prescritores a protocolos clínicos resultou no desenvolvimento de uma ferramenta para esse estudo, podendo haver, dessa forma, viés de aferição. Outra limitação diz respeito à baixa taxa de respostas ao questionário aplicado, o que pode ser a causa de um potencial viés de seleção. Este, porém, pode ser considerado mínimo, conforme sugerem Kellerman e Herold²⁸, devido à homogeneidade educacional dos respondentes, já que todos pertencem à mesma classe profissional.

Intervenções e produtos que emergiram dessa pesquisa para qualificar a implementação do PCDT-DP

Foi identificada, a partir dos resultados obtidos, uma lacuna entre o desenvolvimento e a divulgação do PCDT-DP e a sua efetiva utilização na prática adotada para as solicitações de medicamentos especializados para Doença de Parkinson. Ficou evidenciado serem necessários esforços para que a linha de cuidado preconizada seja incorporada à rotina médica, sendo utilizada para guiar o cuidado e o itinerário de pacientes no SUS.

Tal achado demonstra a importância da utilização de estratégias de disseminação e implementação do PCDT-DP, com o objetivo de apresentá-lo aos médicos assistentes, torná-los familiarizados com seu conteúdo e implicados com o seu uso, já que a condição de baixa adesão encontrada dificulta o acesso ao tratamento para DP e prejudica a continuidade da assistência.

A partir dos resultados encontrados, sugerimos que ocorra uma aproximação da AF estadual com as associações e sociedades médicas de neurologia, geriatria/gerontologia e medicina de família e comunidade, para que, conjuntamente, busquem alternativas que promovam a adoção do

protocolo pelos médicos assistentes, observando as estratégias preferidas por diferentes grupos. O conhecimento produzido até o momento sobre a implementação de diretrizes clínicas aponta que diretrizes endossadas e disseminadas por associações médicas possuem melhor implementabilidade²⁶ e a concretização desta parceria nos parece bastante viável de acordo com a receptividade que encontramos em nosso contato com a Sociedade de Neurologia e Neurocirurgia do Rio Grande do Sul e com a AMRIGS para o auxílio na realização deste estudo.

A falta de tempo para o preenchimento dos documentos obrigatórios foi a principal barreira para a utilização do PCDT-DP encontrada em nossa pesquisa. Na classificação proposta por Cabana et al.⁵, a falta de tempo é uma barreira relacionada à prática, relativa ao ambiente organizacional, que limita a habilidade do prescritor em aderir à diretrizes. Nesse caso, podem ser necessárias alterações como a adequação do quantitativo de profissionais especializados, no caso do SUS. Mudanças nos processos e fluxos de trabalho, para que se tornem mais eficientes, podem ser pensadas e discutidas dentro das equipes de saúde, em espaços de educação permanente²⁹. De forma complementar, para minimizar a falta de tempo, os documentos exigidos pelo PCDT-DP poderiam estar disponíveis nas unidades de saúde e consultórios médicos de forma impressa, já com campos de identificação do médico e do estabelecimento de saúde preenchidos, ou disponibilizados na área de trabalho de computadores, para agilizar o atendimento. Outra sugestão, pensada a partir da verificação da dificuldade do preenchimento dos critérios de inclusão nas solicitações de medicamentos, seria a utilização de uma lista de verificação que pudesse auxiliar na descrição do diagnóstico de DP a partir dos critérios do BCSPRU.

Embora a avaliação da qualidade do PCDT-DP não fizesse parte do escopo do estudo, entendemos serem essenciais alterações na legislação específica que estabelece o roteiro a ser seguido para a elaboração dos PCDT³⁰ para que passem a contemplar itens referentes à implementação e atualização das diretrizes, conforme proposto no instrumento *Agree II*³¹. A inclusão de aspectos relativos à avaliação da utilização de PCDT, como a auditoria de utilização realizada por esta pesquisa, e estratégias para o estudo de barreiras específicas para cada PCDT ou, ainda, para cada recomendação, fortaleceria a adoção de diretri-

zes clínicas e qualificaria de forma contínua a assistência. Ademais, consideramos oportuno que haja definições explícitas sobre a responsabilidade de implementação das diretrizes em cada nível da gestão, inclusive descritas na própria diretriz.

Entendemos como necessárias também mudanças na relação da AF com outros pontos de atenção e atores do SUS, a partir da ampliação de estratégias de comunicação e divulgação de informações relativas às políticas públicas para o fornecimento de medicamentos. Embora o arranjo organizativo proposto para a organização do SUS atualmente seja a configuração de Redes de Atenção, e da Assistência Farmacêutica ser considerada nesse desenho organizacional como transversal ao cuidado³², sendo necessária em todos os pontos e momentos da atenção em saúde, percebe-se que a AF atua de forma isolada e pouco integrada ao restante do sistema¹³. Lima-Dellamora et al.³³ apontam que os próprios profissionais farmacêuticos, que poderiam ser os protagonistas na disseminação, divulgação e execução das propostas do Ceaf, demonstram não conhecer toda a potencialidade do componente, entendendo sua participação como apenas burocrática. Ações de educação permanente dirigidas a esses profissionais, fortalecendo-os como multiplicadores de informações relacionadas aos PCDT e sobre a correta utilização de medicamentos, para que passem a participar ativamente de ações educativas que elucidem o funcionamento da AF no Sistema Único de Saúde, auxiliariam na resolutividade das questões relativas a medicamentos no SUS.

Nesse sentido, pode-se pensar na utilização da estratégia de implementação Detalhamento Acadêmico ou Consultor Acadêmico, que possui estudo piloto no Brasil³⁴ e apresenta boas taxas de efetividade³⁵. Essa intervenção educacional consiste em encontros entre um profissional de saúde especialista em diretrizes clínicas e prescritores, no local de trabalho destes, com o intuito de fornecer informações idôneas, baseadas em evidências, sobre o uso de medicamentos, técnicas de diagnóstico, divulgação de protocolos; buscando modificar o comportamento do prescritor^{36,37}. Nos serviços de saúde do SUS, essa estratégia poderia ser organizada e conduzida pelas AF estaduais e municipais, as quais poderiam dispor seus profissionais farmacêuticos para realizarem detalhamento acadêmico na atenção primária e especializada, mediante cronograma de encontros e relação de prioridades de saúde de cada local.

Considerações finais

A análise dos resultados em conjunto indica que a baixa adesão às exigências do protocolo encontrada na fase I deste estudo pode ser relacionada, principalmente, ao pouco conhecimento sobre o PCDT-DP e seu conteúdo, associado à escassez de tempo para o preenchimento dos documentos solicitados.

Sugerem-se ações para apoiar a implementação do PCDT-DP tanto dirigidas às equipes assistenciais, quanto para os gestores e formuladores de políticas públicas, com o objetivo de qualificar os processos assistenciais relacionados ao uso do protocolo clínico como uma tecnologia em saúde. A implementação dessas ações deve ser direcionada aos profissionais e serviços que

fazem uso dessa tecnologia, bem como durante a formação técnica dos profissionais prescritores. A utilização ampla do protocolo impactará diretamente no cuidado ao usuário, já que o acesso oportuno às tecnologias da linha de cuidado é essencial ao atendimento integral e contínuo ao portador da Doença de Parkinson, promovendo sua qualidade de vida, de seus familiares e cuidadores.

Embora os resultados apresentados refiram-se à adesão a um PCDT específico, os achados desta pesquisa somam-se a outras já realizadas, sendo plausível assumir que ocorram problemas semelhantes na implementação de outros PCDT e ressaltando a necessidade de ações serem pensadas com o objetivo de ampliar e qualificar a utilização desta tecnologia em saúde.

Colaboradores

AP Rigo realizou todas as etapas da pesquisa e elaboração do artigo. RM Levandovski participou da organização, análise e interpretação dos dados e revisão final do artigo. B Tschiedel participou da organização do estudo.

Referências

- Rodríguez-Blázquez CR, Forjaz MJ, Lizán L, Paz S, Martínez-Martín P. Estimating the direct and indirect costs associated with parkinson's disease. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res* 2015; 15(6):889-911
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Protocolos Clínicos e Diretrizes Farmacêuticas*. Brasília: MS; 2010.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria Conjunta nº 10, de 31 de outubro de 2017. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Doença de Parkinson. *Diário Oficial da União* 2017; 09 out.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 1.554, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. *Diário Oficial da União* 2013; 30 jul.
- Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wilson MH, Abboud PA, Rubin HR. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? *JAMA* 1999; 282(15):1458-1465.
- Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet* 2003; 362(9391):1225-1230.
- Harrison MB, Légaré F, Graham ID, Fervers B. Adapting clinical practice guidelines to local context and assessing barriers to their use. *CMAJ* 2010; 182(2):78-84.
- Lugtenberg M, Zegers-van Schaick JM, Westert GP, Burgers JS. Why don't physicians adhere to guideline recommendations in practice? An analysis of barriers among Dutch general practitioners. *Implement Sci* 2009; 4:54.
- Almeida-Brasil CC, Costa JO, Aguiar VCF, Moreira DP, Moraes EM, Acurcio FA, Guerra-Junior AA, Álvares J. Acesso aos medicamentos para tratamento da doença de Alzheimer fornecidos pelo Sistema único de Saúde em Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica* 2016; 32(7):e00060615.
- Vasconcelos DMM. *Adesão dos profissionais de saúde aos protocolos em assistência farmacêutica: medicamentos excepcionais* [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2009.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. *Avaliação Normativa do Programa de Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família*. Brasília: MS; 2004.
- Spedo SM, Rodrigues NSP, Tanaka OU. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. *Physis* 2010; 20(3):953-972.
- Rover MRM, Peláez CMV, Farias MR, Leite SN. Da organização do sistema à fragmentação do cuidado: a percepção de usuários, médicos e farmacêuticos sobre o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. *Physis* 2016; 26(2):691-711.
- Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? *JAMA* 1988; 260(12):1743-1748.
- Lima SML, Portela MC, Koster I, Escosteguy CC, Ferreira VMB, Brito C, Vasconcelos MTL. Utilização de diretrizes clínicas e resultados na atenção básica à hipertensão arterial. *Cad Saude Publica* 2009; 25(9):2001-2011.
- Silva ER. *Análise da adesão de profissionais de saúde a um protocolo clínico para saúde cardiovascular do adulto e idoso em uma unidade de saúde de atenção primária* [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2010.
- Vasconcelos MM, Gribel EB, Moraes IHS. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica* 2008; 24(Supl. 1):173-182.
- Emmerick ICM, Luiza VL, Pepe VLE. Pharmaceutical services evaluation in Brazil: broadening the results of a WHO methodology. *Cien Saude Colet* 2009; 14(4):1297-1306.
- Fröhlich SE, Mengue SS. Os indicadores de qualidade da prescrição de medicamentos da Organização Mundial da Saúde ainda são válidos? *Cien Saude Colet* 2011; 16(4):2289-2296.
- Domingues RMSM, Lauria LM, Saraceni V, Leal MC. Manejo da sífilis na gestação: conhecimentos, práticas e atitudes dos profissionais pré-natalistas da rede SUS do município do Rio de Janeiro. *Cien Saude Colet* 2013; 18(5):1341-1351.
- Birrenbach T, Kraehenmann S, Perrig M, Berendonk C, Huwendiek S. Physicians' attitudes toward, use of, and perceived barriers to clinical guidelines: a survey among Swiss physicians. *Adv Med Educ Pract* 2016; 7:673-680.
- Farquhar CM, Kofa EW, Slutsky JR. Clinicians' attitudes to clinical practice guidelines: a systematic review. *MJA* 2002; 177(9):502-506.
- Taba P, Rosenthal M, Habicht J, Tarien H, Mathiesen M, Hill S, Bero L. Barriers and facilitators to the implementation of clinical practice guidelines: a cross-sectional survey among physicians in Estonia. *BMC Health Serv Res* 2012; 12:455.
- Lugtenberg M, Burgers JS, Han D, Westert GP. General practitioners' preferences for interventions improve guideline adherence. *J Eval Clin Pract* 2014; 20(6):820-826.
- Institute of Medicine. Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice Guidelines. *Clinical practice guidelines we can trust*. Washington: National Academies Press; 2011.
- Grol R. Successes and failures in the implementation of evidence-based guidelines for clinical practice. *Med Care* 2001; 39(8):46-54.
- Gagliardi AR, Brouwers MC, Palda VA, Lemieux-Charles L, Grimshaw JM. How can we improve guideline use? A conceptual framework of implementability. *Implement Sci* 2011; 6(26):6-26.
- Kellerman SE, Herold J. Physician response to surveys. A review of the literature. *Am J Prev Med* 2001; 20(1):61-67.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). *O Trabalho como fonte de formação: um movimento em construção no Ministério da Saúde - Agenda 2015 de Desenvolvimento dos Trabalhadores*. Brasília: MS; 2015.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria SAS/MS nº 375, de 10 de novembro de 2009. *Diário Oficial da União*, 2009.

31. AGREE Next Steps Consortium, 2017. *The AGREE II Instrument* [Internet]. [acessado 2018 Out 26]. Disponível em: <https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2017/12/AGREE-II-Users-Manual-and-23-item-Instrument-2009-Update-2017.pdf>
32. Mendes EV. *As redes de atenção à saúde*. 2ª ed. Brasília: OPAS; 2011.
33. Lima-Dellamora EC, Caetano R, Osorio-de-Castro CGS. Dispensação de medicamentos do componente especializado em pólos do Estado do Rio de Janeiro. *Cien Saude Colet* 2012; 17(9):2387-2396.
34. Costa JO, Almeida-Brasil CC, Godman B, Fischer MA, Dartnell J, Heaney A, Santos CGB, Acurcio FA, Álvares J, Guerra Jr AA. Implementation of clinical guidelines in Brazil: should academic detailing be used? *J Pharm Health Serv Res* 2016; 7:105-115.
35. Prior M, Guerin M, Grimmer-Somers K. The effectiveness of clinical guideline implementation strategies – a synthesis of systematic review finding. *J Eval Clin Pract* 2008; 14(5):888-897.
36. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. *Diretrizes metodológicas: elaboração de diretrizes clínicas*. Brasília: MS; 2016.
37. Effective Practice and Organization of Care (EPOC). *Epop Taxonomy; 2015* [Internet]. [acessado 2017 Jun 5]. Disponível em: https://epoc.cochrane.org/sites/epoc.cochrane.org/files/public/uploads/epoc_taxonomy_13.12.16.pdf

Artigo apresentado em 28/12/2018
Aprovado em 15/04/2019
Versão final apresentada em 17/04/2019

Editores chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva