

Cadernos de Saúde Pública

**ISSN 0102-311X *versão
impressa***

**Cad. Saúde Pública v.24 n.2 Rio de
Janeiro fev. 2008**

doi: 10.1590/S0102-311X2008000200004

ARTIGO ARTICLE

**Diretrizes clínicas e outras práticas
voltadas para a melhoria da qualidade
assistencial em operadoras de planos de
saúde sob a perspectiva dos seus
dirigentes, no Brasil**

**Clinical guidelines and other practices for
improving quality of care by health plans from
the perspective of their operators in Brazil**

**Margareth Crisóstomo Portela^I; Sheyla Maria Lemos
Lima^I; Vanja Maria Bessa Ferreira^{II}; Claudia Caminha
Escosteguy^{III}; Cláudia Brito^I; Maurício Teixeira Leite de
Vasconcellos^{IV}**

^IEscola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação
Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil

^{II}Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro,
Brasil

^{III}Hospital dos Servidores do Estado, Rio de Janeiro, Brasil

^{IV}Escola Nacional de Ciências Estatísticas, Instituto Brasileiro de
Geografia e Estatística, Rio de Janeiro, Brasil

[Correspondência](#)

RESUMO

Este estudo objetivou caracterizar a implementação de diretrizes clínicas e outros instrumentos e práticas de melhoria da qualidade nas operadoras de planos de saúde no Brasil. O estudo foi transversal e descritivo, de abrangência nacional, considerando 1.573 operadoras de planos de saúde, que constavam do cadastro da Agência Nacional de Saúde Suplementar. A amostra foi do tipo complexo, estratificada por macrorregião, segmento de mercado e número de beneficiários. Foram entrevistadas 90 operadoras que aceitaram participar. Para a obtenção das estimativas sobre o universo de operadoras de planos de saúde, levou-se em conta um fator de expansão da amostra atribuído por estrato. Apenas 32,3% das operadoras de planos de saúde conduziam o uso de diretrizes clínicas, havendo variação regional e entre segmentos de mercado. A prática de gestão da clínica ainda é muito incipiente. Desafios colocam-se para a incorporação da gestão da clínica como dimensão da gestão nas organizações de saúde, entre as quais, as operadoras de planos de saúde. Iniciativas voltadas para a melhoria da qualidade assistencial precisam ser integradas e conduzidas no nível organizacional.

Diretrizes para a Prática Clínica; Gestão em Saúde; Saúde Suplementar; Qualidade da Assistência à Saúde

ABSTRACT

This study aimed to characterize the implementation of clinical guidelines and other instruments and practices for health care quality improvement among health plan operators in Brazil. It was a national cross-sectional descriptive study, initially considering 1,573 health plan operators registered in the National Agency for Supplementary Health Care. The sample design was complex, stratified by macro-region, market segment, and number of beneficiaries. Ninety health plan operators agreed to participate and were interviewed. To obtain estimates for the universe of health plan operators, a sample expansion factor attributed per stratum was considered. Only 32.3% of the health plan operators implemented clinical guidelines, with important variation across regions and market segments. Clinical governance practices are still in the very initial stages. Challenges are presented with regard to health care incorporation as a dimension of management within health care organizations, including health plan operators. Initiatives to improve quality of care need to be integrated and conducted at the organizational level.

Practice Guidelines; Health Management; Supplementar Health; Quality of Health Care

Introdução

Segundo a *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios* (PNAD)¹, no ano de 2003, 57,2% dos atendimentos em saúde foram realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e 26% com a participação integral ou parcial de planos de saúde. Considerando a última internação no ano de 2003, 67,6% foram financiadas pelo SUS e 24,3% tiveram participação integral ou parcial de planos de saúde no seu financiamento. Estimou-se que 43,2 milhões de brasileiros são atendidos pelo sistema de saúde suplementar, havendo uma forte associação positiva entre cobertura de plano de saúde e rendimento familiar – na classe de rendimento familiar inferior a um salário mínimo, a cobertura é de 2,9%, enquanto, na classe de vinte salários mínimos ou mais, ela atinge 83,8% das pessoas.

O mercado de saúde suplementar está constituído por cinco modalidades de operadoras de planos de saúde: autogestão, cooperativa médica, medicina de grupo, filantrópico e de seguradoras².

A autogestão é o tipo de operadora constituída pela própria empresa patrocinadora, que administra o programa de assistência à saúde dos seus empregados e dependentes, envolvendo serviços próprios, serviços contratados de terceiros (rede de credenciados) e serviços selecionados por livre escolha dos clientes (reembolso). A cooperativa médica é constituída por grupos de médicos que são simultaneamente prestadores e proprietários. Operando planos individuais e empresariais, possui serviços próprios e pode contratar serviços de terceiros. A medicina de grupo não é estruturada pela empresa patrocinadora nem por um grupo de médico, trabalhando com rede credenciada e serviços próprios; oferecem planos individuais, mas preferencialmente operam planos empresariais. A seguradora permite a livre escolha para os usuários de médicos e hospitais pelo sistema de reembolso de despesas no limite da apólice contratada. Embora não seja comum, pode contar também com uma rede credenciada de médicos e hospitais. Por fim, a operadora filantrópica é constituída de entidades filantrópicas sem fins lucrativos, em geral, do setor saúde, as quais possuem hospitais que funcionam como seus principais prestadores. Podem, entretanto, contratar terceiros quando seus hospitais não possuem os serviços previstos nos planos. Ofertam planos empresariais, mas há um predomínio de planos individuais, e sua clientela é composta por um elevado número de beneficiários idosos.

O grau de autonomia de prestadores e profissionais em relação à assistência prestada aos beneficiários de planos de saúde é

variado, dependendo do tipo de plano – se permite ou não livre escolha, se restringe ou não algum procedimento que não seja obrigatório –, do vínculo do prestador com a operadora e do tipo de operadora. Certamente as operadoras que oferecem mais liberdade, pela natureza de seu negócio, são as seguradoras.

Após quase quarenta anos de funcionamento sem regulação, o mercado de saúde suplementar começou a ser regulado no Brasil em 1998, sendo criada em 2000, para desempenhar esse papel, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), autarquia vinculada ao Ministério da Saúde.

A ANS, desde sua constituição, vem empreendendo esforços a fim de captar informações acerca dos usuários, da prestação da assistência e sobre o funcionamento administrativo-financeiro das operadoras, como subsídios para a regulação do setor suplementar. Em 2004, instituiu o Programa de Qualificação de Saúde Suplementar³, um sistema de avaliação das operadoras de planos de saúde, com o objetivo de induzir um processo contínuo de qualificação de todos os atores envolvidos no setor (operadoras, prestadores, beneficiários e o próprio órgão regulador).

No contexto de preocupação e busca da melhoria da qualidade assistencial, insere-se o interesse em caracterizar o uso de diretrizes clínicas no âmbito da saúde suplementar no Brasil, considerando o papel que tais diretrizes vêm internacionalmente desempenhando como instrumentos da gestão da clínica. O foco em diretrizes clínicas sedimentou-se no pressuposto amplamente aceito de que sua implementação, com base na evidência científica disponível acerca da eficácia e efetividade de intervenções, produz melhores resultados na população assistida^{4,5}, apesar do reconhecimento de suas limitações no que se refere à mudança de comportamento e da prática médica⁶. Por outro lado, assume-se que a incorporação de diretrizes clínicas sob o ponto de vista das organizações de saúde se dá de forma heterogênea, podendo ser ou não inserida em uma política de governo, estar ou não acoplada a outras estratégias, tais como educação continuada, auditoria, e encontrar mais ou menos facilidade, dependendo do grau de estabilidade do conhecimento científico em relação à atenção à condição ou agravo e da própria especialidade médica.

Essa pesquisa de âmbito nacional permitiu, com base na percepção dos dirigentes de operadoras entrevistados, a sistematização dos tipos, fontes e nível de fundamentação em evidência científica dessas diretrizes e a identificação dos desafios e estratégias para a sua implementação. Além disso, possibilitou caracterizar as práticas e mecanismos de monitoramento e melhoria da qualidade assistencial utilizados pelas operadoras para acompanhar seus usuários e prestadores hospitalares. Não se trata de um estudo sobre a real utilização de diretrizes pelas operadoras, mas fornece indicações acerca de seu uso e das dificuldades para sua execução, tendo em vista o pressuposto que quaisquer iniciativas organizacionais, inclusive no campo da qualidade, para que se tornem realidade, precisam estar incorporadas como uma dimensão da gestão da

organização e, como tal, no discurso de seus dirigentes. Este artigo sintetiza os principais resultados do referido estudo.

Métodos

O estudo foi transversal, calcando-se na realização de um inquérito de abrangência nacional no período entre novembro de 2004 e julho de 2005. A população de pesquisa foi o conjunto de 1.573 operadoras de planos de saúde que constava do cadastro de seleção fornecido pela ANS, atualizado até 18 de agosto de 2004.

Como critérios de estratificação da amostra, utilizaram-se o tipo e porte (número de beneficiários) da operadora, além de sua localização nas grandes regiões do país, pressupondo que essas variáveis, especialmente o tipo e o porte, poderiam determinar comportamentos diferenciados das operadoras quanto ao uso de diretrizes clínicas e práticas de monitoramento da qualidade.

Apesar da definição da estratificação em termos da macrorregião e do segmento de mercado, a assimetria da distribuição do número de beneficiários foi um problema que requereu atenção, para evitar um tamanho de amostra muito grande ou instabilidade nas estimativas em amostras pequenas. Assim, decidiu-se aplicar o método de Hedlin ⁷ para obter a amostra mais precisa dentre as possíveis amostras de tamanho 80. Nos estratos naturais formados, foi feita uma estratificação estatística de porte que, em virtude das características da distribuição do número de beneficiários em cada estrato natural, pode ter criado: (1) um estrato certo e outro amostrado; (2) só um estrato certo ou (3) só um estrato amostrado. Após a criação dos estratos certos nos estratos naturais, o tamanho de amostra restante de cada estrato natural foi alocado, no caso de existir, ao seu estrato amostrado, sendo assegurado um tamanho de amostra maior ou igual a duas em cada estrato amostrado, o que aumentou o tamanho total da amostra para 112 operadoras. Nos estratos amostrados, foi feita uma seleção equiprovável das operadoras por meio do algoritmo de Hájek ⁸, ou seja, foi selecionada uma amostra aleatória simples de operadoras.

O desenho de amostra é complexo e a estimação de variâncias e da significância de parâmetros de modelos estatísticos não pode ser feita por métodos clássicos que pressupõem que as observações da amostra sejam independentes e igualmente distribuídas.

Diversas ocorrências geraram a necessidade de substituição de unidades selecionadas que não puderam ser entrevistadas. Para a substituição, unidades em estratos certos que não prestaram informações foram transferidas para estratos amostrados. Foram contatadas 164 operadoras, das quais 25 apresentavam erro de cadastro (operadora não-encontrada, comprada ou fusão com outra, falida etc.) e 55 recusaram-se a prestar

informações; as 90 restantes foram entrevistadas, compondo assim a amostra final do estudo.

Para a coleta de dados nas operadoras, foi elaborado um questionário organizado em três partes, além da identificação da operadora, contemplando variáveis tais como abrangência geográfica e número de beneficiários. A caracterização do uso de diretrizes, parte principal do questionário, abordou as motivações para seu uso; as condições e agravos focalizados nas diretrizes; as fontes utilizadas; o grau de adaptação – algumas diretrizes são utilizadas exatamente como concebidas, outras são adaptadas pelos profissionais da operadora ou dos prestadores quando são de propriedade da operadora –; o grau e formas de difusão e de monitoramento do uso de diretrizes; políticas de incentivo ao uso; perspectivas e resultados do uso de diretrizes relativos a custos e qualidade da assistência.

Outro segmento do questionário visou a captar, independentemente do uso de diretrizes, as práticas e dispositivos de monitoramento da qualidade assistencial utilizados pela operadora, caracterizando as normas para utilização de serviços, os critérios de credenciamento de prestadores de serviços, outras ferramentas da gestão da clínica, o monitoramento de indicadores assistenciais, o uso de sistemas de informações assistenciais e a realização de pesquisas de satisfação de seus beneficiários. Além disso, buscou identificar se a operadora possuía alguma iniciativa de atenção mais integral por meio de ações no campo da promoção e da prevenção à saúde junto a seus beneficiários.

A última parte identificou as principais dificuldades e estratégias para implementação de diretrizes apresentadas livremente pelos entrevistados.

Uma preocupação presente na construção do instrumento de coleta de dados foi a inclusão de questões capazes de detectar contradições em relação ao discurso mais "politicamente correto". Entre outros aspectos, assumiu-se, por exemplo, que operadoras implementando diretrizes clínicas deveriam possuir estratégias de difusão e monitoramento da adesão dos prestadores de serviços.

O questionário foi aplicado durante as entrevistas agendadas pela equipe responsável pelo estudo, realizadas por pesquisadores treinados. Foram entrevistados dirigentes das operadoras, responsáveis pelo relacionamento com os prestadores de serviços hospitalares e pela área médico-assistencial – em geral, o diretor médico ou o gerente de produto.

Os dados coletados foram armazenados em um banco criado no Microsoft Access (Microsoft Corp., Estados Unidos).

O estudo teve caráter descritivo e, para a obtenção das estimativas sobre o universo de operadoras de planos de saúde, levou-se em conta um fator de expansão da amostra atribuído

por estrato. As análises foram realizadas no pacote estatístico SAS (SAS Inst., Cary, Estados Unidos).

Resultados

A amostra resultante de 90 operadoras corresponde, expandida, a 1.572 das 1.573 operadoras da população contemplada ([Tabela 1](#)). Uma das seguradoras recusou-se a prestar informações e não pôde ser substituída porque era única no estrato. Os percentuais relativos à amostra expandida aproximam-se daqueles referentes ao cadastro base, merecendo destaque o fato de a amostra da pesquisa sem expansão incluir representações proporcionalmente diferenciadas dos segmentos de operadoras de planos de saúde.

Ao caracterizar o conjunto de operadoras de planos de saúde no país, ressalta-se a predominância da medicina de grupo e o peso relevante do número de beneficiários das seguradoras, que representam o menor percentual de operadoras. Destaca-se, ainda, a grande concentração de operadoras na Região Sudeste (59,5%), em contraposição às demais regiões – Sul (17%), Nordeste (13%), Centro-Oeste (7,2%) e Norte (3,3%).

Uso de diretrizes clínicas

Entre as operadoras de planos de saúde no Brasil, predomina a visão de que o processo de condução do uso de diretrizes clínicas deve envolver uma parceria entre diferentes instâncias: órgãos governamentais gestores e reguladores, com a participação das operadoras, dos prestadores e das associações profissionais (61%), e operadoras em conjunto com os seus prestadores (27%).

Apesar de a quase totalidade das operadoras ter considerado relevante a implementação de diretrizes clínicas, apenas 32,3% conduzem a sua utilização ([Tabela 2](#)). Esse percentual varia entre os segmentos do mercado; os maiores percentuais são os da autogestão e medicina de grupo e os menores, das seguradoras e entidades filantrópicas. Também varia por regiões do país, havendo um uso maior na Região Sudeste, sendo praticamente inexistente nas regiões Norte e Nordeste.

Tabela 2

Distribuição das operadoras de planos de saúde (N = 1.572) segundo segmentos do mercado de saúde suplementar e declaração sobre a condução do uso de diretrizes clínicas. Estudo sobre a utilização de diretrizes clínicas no âmbito da saúde suplementar. Brasil, 2005.

Segmento do mercado	Total		Condução do uso		Não condução do uso	
	n	%	n	%	n	%
Autogestão	326	100,0	125	38,2	201	61,8
Cooperativa médica	370	100,0	95	25,8	275	74,2
Filantrópica	124	100,0	8	6,5	116	93,5
Medicina de grupo	739	100,0	278	37,7	461	62,3
Seguradora	13	100,0	1	7,7	12	92,3
Total	1.572	100,0	507	32,3	1.065	67,7

Entre as operadoras que referiram a condução (32,3%), a principal motivação foi a melhoria da qualidade de assistência, seguida pelo aumento da eficiência na alocação dos recursos.

A utilização de diretrizes foi mais referida para as seguintes condições e agravos: assistência pré-natal (91,8% das operadoras), infecção hospitalar (91,2%), infarto agudo do miocárdio (87%), insuficiência cardíaca (85%), câncer de mama (81,9%), uso de procedimentos invasivos em cardiologia (81,1%) e câncer de próstata (79,6%). Para outros tipos de câncer, o percentual relatado foi menor (65,2%) ([Tabela 3](#)).

O elevado percentual relatado de utilização de diretrizes na assistência pré-natal (91,8%) não se manteve na assistência ao parto (72,9%) nem na assistência ao recém-nato de alto risco (73,1%) ([Tabela 3](#)).

Com relação à grande área das doenças cardiovasculares, a utilização relatada de diretrizes foi alta para todos os agravos analisados, entretanto os percentuais para hipertensão arterial (74,1%) e para acidente vascular encefálico (72,2%) foram menores do que para infarto agudo, insuficiência cardíaca e uso de procedimentos invasivos ([Tabela 3](#)).

As áreas relacionadas à saúde mental apresentaram percentuais baixos de utilização de diretrizes: transtornos mentais, 44,7%, e demência, 26,1% ([Tabela 3](#)).

Uma vez utilizadas, o relato de que as diretrizes eram baseadas em evidência científica foi consistentemente elevado para todas as áreas (percentuais acima de 85% em todos os casos) ([Tabela 3](#)).

Já a utilização das diretrizes como originalmente concebidas variou muito de acordo com o agravo; os extremos foram

associados à infecção hospitalar e às alergias, com, respectivamente, apenas 33,7% e 83,1% de uso na forma original. As áreas com maiores percentuais de utilização de diretrizes como originalmente concebidas foram, além da alergia, a AIDS (73,9%) e pneumonias (71,8%). Para as áreas cardiovasculares, nas quais os percentuais de utilização de diretrizes foram elevados, a utilização na forma original foi reduzida: infarto agudo do miocárdio, 38,4%; insuficiência cardíaca, 43,3%; hipertensão arterial, 39,9%; acidente vascular encefálico, 38,5%; procedimentos invasivos em cardiologia, 34,4%. Já no caso do câncer, o relato de utilização de diretrizes como originalmente concebidas foi um pouco maior: câncer de mama, 58,3%; câncer de colo uterino, 58,6%; câncer de próstata, 52,6% ([Tabela 3](#)).

A fonte das diretrizes utilizadas variou bastante entre os agravos, mas de uma forma geral predominaram as sociedades médicas e o consenso de especialistas.

No geral, 65,8% das operadoras que reportaram a utilização de diretrizes referiram avaliar a adesão dos prestadores de serviços a estas. A avaliação da adesão é referida na assistência pré-natal (84,8%), na infecção hospitalar (71,3%), na assistência ao recém-nato de alto risco (71,3%) e na assistência ao parto (70,1%). Os menores percentuais estão na acupuntura (18,1%) e na demência (14,4%). Para os transtornos mentais, a avaliação da adesão também foi reduzida (22,4%). Na área cardiovascular, a avaliação da adesão é maior no caso do infarto agudo do miocárdio (66,8%) e na insuficiência cardíaca (64,4%) do que na hipertensão arterial (58,5%), nos procedimentos invasivos (57,9%) e no acidente vascular encefálico (4,6%). O percentual de avaliação da adesão nos vários tipos de câncer analisados ficou próximo a 60% ([Tabela 3](#)).

Para as operadoras que referiram avaliar a adesão dos seus prestadores de serviços às diretrizes clínicas preconizadas (65,8%), as formas mais frequentes foram o acompanhamento de pedidos de exames, medicamentos ou procedimentos (65,6%) e a avaliação de prontuários (51,2%).

Entre as operadoras que reportaram a condução de diretrizes, 14,3% relataram não difundir as diretrizes entre prestadores de serviços. As que difundem relataram diversas formas de fazê-lo, sendo as mais frequentes as justificativas de glosas (44,4%), os seminários e palestras (43,4%) e os livretos impressos (33,5%). Já no caso da difusão de diretrizes entre os beneficiários, 26,5% das operadoras que conduzem o processo de implementação de diretrizes relataram não promover difusão; a maioria referiu difusão irregular e apenas em condições específicas.

A [Tabela 4](#) apresenta outros procedimentos de monitoramento utilizados pelas operadoras que referiram a utilização de diretrizes. A maioria (89,5%) relatou avaliar de alguma forma a captação da conformidade dos prestadores às diretrizes utilizadas, sendo a autorização prévia de procedimentos a mais

comum, associada à avaliação de prontuários ou isoladamente. Entre as operadoras que reportaram a utilização de diretrizes, 14,6% não tinham previsão de mecanismos de atualização e/ou revisão das diretrizes implementadas, e em 38,4% essa previsão era eventual. Em relação ao monitoramento dos efeitos da utilização das diretrizes, 7,9% referiram não exercê-lo, enquanto 82,3% monitoravam os custos e a efetividade da assistência. O uso de incentivos financeiros para prestadores que aderem às diretrizes só foi reportado por 4,9%. Já o direcionamento de beneficiários para prestadores que aderem às diretrizes ocorre em 51% das operadoras que as utilizam. No caso de solicitação de procedimentos que não constam das diretrizes, a conduta mais freqüente foi a análise do médico auditor (84,8%).

Tabela 4

Outros procedimentos vinculados ao uso de diretrizes clínicas em operadoras de planos de saúde que declararam fazê-lo (N = 507). Estudo sobre a utilização de diretrizes clínicas no âmbito da saúde suplementar. Brasil, 2005.

Procedimentos	n	%
Captação da conformidade de prestadores às diretrizes utilizadas por mecanismos diferentes da avaliação de adesão formal		
Sim, na autorização prévia de procedimentos	195	38,5
Sim, na avaliação de prontuários	1	0,2
Sim, na autorização prévia de procedimentos e na avaliação de prontuários	258	50,9
Não	53	10,5
Previsão de mecanismos de atualização/revisão das diretrizes implementadas		
Sim, de forma sistemática e regular	239	47,0
Sim, de forma eventual	195	38,4
Não	74	14,6
Monitoramento dos efeitos da utilização de diretrizes		
Sim, somente sobre os custos assistenciais	3	0,6
Sim, somente sobre a efetividade da assistência prestada	47	9,3
Sim, sobre os custos e efetividade da assistência	418	82,3
Não	40	7,9
Uso de incentivos financeiros para prestadores que aderem às diretrizes		
Sim	25	4,9
Não	482	95,1
Direcionamento de beneficiários para prestadores que aderem às diretrizes		
Sim	259	51,0
Não	248	49,0
Desenvolvimento de políticas de incentivo à utilização de diretrizes		
Sim	326	64,2
Doença cardíaca	280	55,2
Hipertensão arterial	279	55,0
Câncer de mama	253	49,8
Outras neoplasias malignas	252	49,6
Diabetes	232	45,7
Doença cerebrovascular	207	40,8
Doenças respiratórias	200	39,4
Assistência obstétrica	157	30,9
Doença mental	150	29,5
Assistência ao recém-nato de alto risco	136	26,8
Outras	107	21,0
Não	181	35,8
Conduta no caso de solicitação de procedimentos que não constam das diretrizes		
Não autorização	30	5,9
Autorização prévia	47	9,3
Análise do médico auditor	430	84,8

Ainda na [Tabela 4](#), o desenvolvimento de políticas de incentivo ao uso de diretrizes foi relatado por 64,2% das operadoras. As diretrizes foram mais freqüentes para doença cardíaca, hipertensão arterial, câncer de mama e outras neoplasias malignas, e menos para doença mental, assistência obstétrica e assistência ao recém-nato de alto risco.

Outras práticas voltadas para o monitoramento e melhoria da qualidade

Independentemente do uso de diretrizes, foram captadas informações acerca da utilização pelas operadoras de outras ferramentas da gestão da clínica relacionadas aos seus pacientes e prestadores, de sistemas de informações assistenciais, de pesquisas de satisfação dos seus beneficiários, de serviço de ouvidoria e de campanhas de promoção e prevenção da saúde.

A [Tabela 5](#) apresenta o uso de práticas de gestão clínica para o conjunto de operadoras de planos de saúde, por segmento do mercado e macrorregiões do país, registrando, de modo geral, a baixa incorporação sistemática dessas práticas.

Independentemente do segmento de mercado considerado, as práticas mais usadas de forma sistemática foram o monitoramento de indicadores de processo/resultado dos prestadores de serviços hospitalares (64,1%), a gestão da patologia (36%), que consiste no monitoramento do tipo de cuidado, resultados e custos relacionados a doenças selecionadas, e os estudos estatísticos de variações na prática médica dos prestadores de serviços (33,2%). As seguradoras, particularmente, parecem realizar ainda menos a gestão da clínica do que as demais operadoras, diferenciando-se, também, no uso da gestão do caso, que envolve o monitoramento de resultados e custos relativos a clientes selecionados, e de estudos estatísticos de variações na prática médica dos prestadores de serviços (estima-se que 6 de 13 operadoras desse segmento utilizam essas práticas). Chamam ainda a atenção os resultados relativos às entidades filantrópicas, que declararam utilizar de forma sistemática a gestão de caso (81,5%), os estudos estatísticos de variações na prática médica dos prestadores de serviços (81,5%) e a gestão da patologia (75,8%).

A [Tabela 6](#) mostra que o tempo médio de permanência (51,2%) e a taxa de exames por consulta ambulatorial (47,7%) são os indicadores mais usados pelo conjunto de operadoras para acompanhar seus prestadores hospitalares, independentemente do segmento de mercado, destacando-se, ainda, a taxa de infecção hospitalar (36%) e a taxa de ocupação de leitos (33,9%).

Tabela 6

Freqüência de utilização de alguns indicadores assistenciais entre operadoras de planos de saúde (N = 1.572). Estudo sobre a utilização de diretrizes clínicas no âmbito da saúde suplementar. Brasil, 2005.

Indicadores	n	%
Taxa de ocupação de leitos	533	33,9
Tempo médio de permanência	804	51,2
Taxa de mortalidade geral	345	22,0
Taxa de mortalidade materna	251	15,9
Taxa de mortalidade neonatal	370	23,5
Taxa de infecção hospitalar	567	36,0
Taxa de complicações/intercorrências na internação	335	21,3
Taxa de cesariana	428	27,2
Taxa de suspensão de cirurgias	148	9,4
Tempo médio entre a marcação e a realização da consulta	328	20,9
Tempo médio entre solicitação e resultado de exames	380	24,2
Taxa de exames por consulta ambulatorial	746	47,4
Taxa de repetição de exames	476	30,3

No que concerne aos sistemas de informação na área assistencial, 86,3% do conjunto de operadoras declararam utilizá-los. Quanto ao tipo de sistema, entretanto, prevaleceu o cadastro de clientela (64,7% das operadoras). O segmento filantrópico destoou dos demais ao declarar possuir sistemas de informação de registros clínico-epidemiológicos em 85,5% de suas operadoras.

Apenas 15% do conjunto de operadoras referiram não realizar pesquisas de satisfação com os seus beneficiários. Diferentemente, no segmento filantrópico, 99,2% das operadoras pesquisadas informaram realizar pesquisas de satisfação, ainda que, majoritariamente, de forma eventual (91,1%). O segmento das seguradoras registrou o maior percentual de respostas negativas quanto à realização de pesquisas de satisfação com os seus beneficiários (46,2%). Por fim, observou-se maior concentração de pesquisas de satisfação com os beneficiários, de forma sistemática ou eventual, nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste, com 100% das operadoras da Região Sul informando o seu uso.

Do total de operadoras investigadas que informaram realizar pesquisas de satisfação com os seus beneficiários, 85,5% declararam realizar inovações a partir desses inquéritos. O segmento das seguradoras foi também o que apresentou o menor percentual (57,1%) de implementação de inovações a partir das pesquisas.

A maioria das operadoras, em todos os segmentos (53,9% das seguradoras e 87,1% das filantrópicas), referiu a presença de serviço de ouvidoria, exceto o segmento de autogestão, no qual somente 38,2% das operadoras relataram sua existência. O serviço de ouvidoria foi registrado por 80,1% das operadoras na Região Sudeste, por 54,9% na Região Sul, por apenas 5,8% na Região Norte e por 19,7% na Região Nordeste.

Entre as queixas registradas nos serviços de ouvidoria, o tempo de espera para consultas foi a mais freqüente e importante. Também relevantes foram as queixas relativas às restrições a prestadores de serviços, à insatisfação com o atendimento do prestador de serviços de médicos e à realização de procedimentos. Ainda considerando as operadoras que referiram possuir ouvidoria (62,1%), 97,1% reportaram introduzir inovações em virtude das queixas dos usuários encaminhadas àquele serviço. O segmento das seguradoras diferiu negativamente, uma vez que, em somente quatro das sete operadoras, o serviço registrou inovações por causa das queixas.

A realização de campanhas de promoção/prevenção foi registrada por 73,2% das operadoras do país. Entre os segmentos, o mais destoante, negativamente, foi o das seguradoras, com somente 53,9% de suas operadoras declarando realizá-las. Em termos regionais, a variação pareceu mais expressiva, sublinhando-se os maiores percentuais de realização de campanhas de promoção/prevenção no Sudeste e Centro-Oeste, com respectivamente 83,9% e 83,2% das operadoras, e os menores no Sul e Nordeste, com respectivamente 48,5% e 50% destas.

As campanhas mais freqüentes foram relativas à hipertensão arterial e ao diabetes – respectivamente 71% e 68,3% das operadoras em geral e 97% e 93,3% das operadoras que declararam realizar campanhas. Essas condições mantiveram-se como as mais focadas nos segmentos de autogestão, cooperativa médica e medicina de grupo, registrando-se um comportamento ligeiramente diferenciado dos segmentos filantrópico e de seguradoras. O segmento filantrópico foi o que mais registrou a realização de campanhas, cobrindo as referidas condições, mas também focalizando de forma importante os cânceres de mama, de colo uterino e de próstata, bem como a obesidade. Já no segmento das seguradoras, identificou-se uma maior ênfase nas campanhas de tabagismo, diabetes e obesidade. De modo geral, as condições concernentes ao envelhecimento (geriatria) foram pouco consideradas na realização de campanhas.

As operadoras que realizaram campanhas de promoção/prevenção declararam o terem feito principalmente por iniciativa própria (92,5%), sendo o incentivo do órgão regulador e a demanda de clientes indicados como motivações apenas por, respectivamente, 19,9% e 19,8% das operadoras em geral. Há alguma variação entre os segmentos do mercado em relação a essas motivações, sublinhando-se a importância

ganha pela demanda de clientes nos segmentos de autogestão e de seguradoras.

Dificuldades e estratégias identificadas pelas operadoras para a implementação de diretrizes clínicas

Os dirigentes das operadoras entrevistados se expressaram livremente sobre as principais dificuldades e estratégias identificadas para a implementação de diretrizes clínicas no âmbito da saúde suplementar.

Considerando o conjunto de operadoras, as dificuldades mais citadas referiram-se à resistência por parte dos prestadores (médicos e hospitais), à inadequação da estrutura interna e às características constitutivas das operadoras; à inadequação das estratégias e práticas utilizadas pelos órgãos reguladores e de classe para estimular e assegurar o uso de diretrizes – identificação inadequada dos agravos e condições para os quais diretrizes devem ser construídas, mecanismos e formatos inadequados de construção e divulgação de diretrizes, insuficiência e fragilidade das iniciativas e desarticulação entre os órgãos reguladores, inclusive com o poder judiciário; a baixa adesão dos beneficiários; a não valorização na formação médica do uso das diretrizes clínicas; a natureza do problema e do trabalho em saúde.

Para seu enfrentamento, foram propostas as seguintes estratégias: implementar ações que visem a obter maior adesão, comprometimento e conscientização, especialmente de prestadores, mas também de usuários, sobre a importância do uso de diretrizes clínicas para a melhoria da qualidade e a racionalização dos custos; intensificar iniciativas na busca de consenso entre os diferentes atores envolvidos no processo; promover uma estruturação interna das operadoras para que efetivamente possam utilizar e monitorar o uso de diretrizes junto aos prestadores; definir e instituir políticas e normas mais claras, objetivas e incisivas, por parte dos órgãos reguladores e formuladores de política na esfera estatal; readequar a formação médica, enfatizando o enfoque dos custos e da variabilidade da prática médica.

Discussão

Com um provável viés no sentido da superestimação, potencialmente causado pelo elevado índice de recusas à participação na pesquisa, especialmente entre empresas de medicina de grupo, este estudo indica que somente 32,3% das operadoras de planos de saúde no Brasil conduziam o uso de diretrizes clínicas entre 2004 e 2005, sendo esta política ainda menos freqüente no segmento filantrópico (6,5%) e das seguradoras (7,7%).

Sublinha-se o uso de diretrizes na atenção a doenças crônico-degenerativas, principalmente cardiovasculares e oncológicas, o que vai ao encontro da elevada carga dessas doenças no perfil de morbi-mortalidade do país⁹, bem como da experiência internacional de implementação de diretrizes clínicas^{10,11,12,13,14}. O baixo uso de diretrizes na atenção aos transtornos mentais ou à demência coincide com a tendência reportada na literatura^{15,16}, contrastando com a elevada carga de incapacitação provocada por essas doenças¹⁷.

A condução dessa utilização ainda é bastante incipiente em termos de difusão, de incentivos, de monitoramento e de avaliação de resultados. Surpreendentemente, 14,3% das operadoras que reportaram a condução do uso de diretrizes clínicas não difundiam as diretrizes entre seus prestadores de serviços, e 44,4% utilizavam o mecanismo da justificativa de glosa como forma de difusão. Das operadoras que conduziam o uso de diretrizes, 34% não faziam nenhum tipo de avaliação formal da adesão dos prestadores a estas. A forma de avaliação mais utilizada foi o acompanhamento de pedidos de exames, medicamentos ou procedimentos, que é seguido pela avaliação de prontuários. Quase a totalidade das operadoras (95%) declarou não fazer uso de incentivos financeiros para os prestadores que aderem às diretrizes clínicas e, no caso de solicitação de procedimentos que não constam das diretrizes, a análise do médico auditor foi a conduta utilizada por 84,8% das operadoras.

A maioria das operadoras de planos de saúde pesquisadas (88%) acredita que o processo de condução do uso de diretrizes clínicas deve envolver uma parceria entre diferentes instâncias, seja considerando uma composição mais abrangente de atores (61%), numa perspectiva mais restrita, com somente a operadora e seus prestadores envolvidos no processo (27%). No entanto, dentre as dificuldades apontadas para a implementação de diretrizes clínicas, foi ressaltada a inadequação das estratégias e práticas utilizadas pelos órgãos gestores e reguladores e de classe para estimular e assegurar o uso de diretrizes. Essa inadequação é marcada pela desarticulação de ações, por problemas na identificação de agravos e condições para os quais as diretrizes devem ser construídas, por mecanismos e formatos inadequados de construção e divulgação de diretrizes e pela insuficiência e fragilidade das iniciativas.

O maior fórum de produção/validação de diretrizes clínicas no Brasil são as sociedades médicas, e a iniciativa mais articulada, o *Projeto Diretrizes Clínicas*, conduzido pela Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina (<http://www.projetodiretrizes.org.br/>). Não há organizações independentes ou governamentais, a exemplo do National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE; <http://www.nice.org.uk/>), no Reino Unido, ou da National Guideline Clearinghouse (<http://www.guideline.gov/>), dos Estados Unidos, moldadas para assumir tal atribuição. É, portanto, natural a predominância do uso de diretrizes clínicas oriundas de sociedades médicas, não sendo pouco expressivo, porém, o uso de diretrizes constituídas a partir da opinião de

especialistas, o que, somado ao elevado índice de adaptação de diretrizes observado, torna relativa, em boa extensão, a afirmação predominante de que as diretrizes empregadas são baseadas em evidência científica.

O limitado emprego de outras práticas de gestão da clínica por operadoras de planos de saúde é também evidenciado por esta pesquisa, endossando a idéia de baixa ingerência dessas organizações sobre a qualidade dos cuidados à saúde providos a seus beneficiários. Considerando a governança clínica como marco para a melhoria contínua da qualidade assistencial, é pertinente falar da necessidade de uma mudança cultural para o desenvolvimento da capacidade organizacional, no que se refere à provisão de cuidados de saúde com foco nos pacientes, garantia de qualidade e *accountability*^{18,19,20}.

Esta pesquisa é estatisticamente representativa da realidade nacional, refletindo, contudo, eventuais problemas do cadastro utilizado como base para a definição da amostra. Ressalta-se ainda a possibilidade de presença de viés de seleção, em virtude do elevado número de recusas de participação por operadoras, considerando o pressuposto de que normalmente quem recusa apresenta piores condições. Apesar dos limites, este estudo propiciou a apreciação de que o uso de diretrizes clínicas e de outras práticas da gestão clínica é ainda muito limitado e incipiente entre operadoras de planos de saúde atuantes no mercado de saúde suplementar do país. Ainda que seja pertinente considerar a hipótese de favorecimento a respostas "politicamente corretas", a estratégia e o instrumento de coleta de dados também permitiram a captação de vários aspectos que balizaram tais respostas. Nesse sentido, destacam-se, por exemplo, a contradição entre a elevada referência ao uso de diretrizes baseadas em evidência científica e a predominância de diretrizes adaptadas pelas operadoras em relação ao seu formato original, como a ênfase na melhoria da qualidade assistencial como critério prioritário de motivação para o uso de diretrizes, quando as escassas ações de avaliação da prática médica vigente centram-se em estratégias com foco nos custos.

Embora com índices médios predominantemente baixos, há importante variação no uso de diretrizes clínicas e outras práticas de gestão clínica tanto geográfica, quanto em termos dos segmentos do mercado de saúde suplementar. Especificamente, chamam a atenção os resultados referentes às seguradoras – que certamente expressam uma postura assumida de desvinculação do seu papel da assistência à saúde – e os resultados relativos ao segmento filantrópico – que, exceto para o uso corrente de diretrizes clínicas, foi positivamente diferenciado para vários aspectos. Neste segundo caso, ainda que suscitem dúvidas, os resultados talvez sejam parcialmente explicados pela estreita vinculação das operadoras filantrópicas e hospitais prestadores à mesma entidade mantenedora.

Um outro achado que chama a atenção neste estudo indica o quanto é incipiente o monitoramento dos processos e resultados assistenciais pelas operadoras. Apesar de 64,1% das operadoras

reportarem a utilização de indicadores de processo e resultados, na prática esse uso se estabelece para aspectos básicos do processo da assistência, estando ainda distante de uma preocupação mais consistente com os resultados assistenciais. O tempo médio de permanência (51,2%) e a taxa de exames por consulta ambulatorial (47,7%) foram os indicadores mais usados pelo conjunto de operadoras para acompanhar seus prestadores hospitalares, independente do segmento de mercado.

Enfim, vale ainda sublinhar a necessidade de se avançar no processo de regulação da assistência à saúde, envolvendo os diferentes atores que devem compartilhar tal processo. As iniciativas observadas, seja em operadoras, seja em hospitais, ainda estão muito centradas em serviços ou pessoas, necessitando ser, de fato, incorporadas como políticas da gestão e, talvez, mais que isso, políticas do sistema de saúde, com amplo compromisso com a qualidade dos cuidados de saúde oferecidos.

Apesar de insuficiente e desarticulado, o desenho dos mecanismos regulatórios no país tem tido avanços na valorização da qualidade da atenção prestada, sem perder de vista a eficiência do sistema e dos serviços de saúde públicos e privados. Esforços ainda precisam ser empreendidos para que as diretrizes clínicas se constituam, na prática, em potente ferramenta que possa subsidiar decisões mais racionais dos gestores públicos e privados, do poder judiciário, da população, dos órgãos reguladores e prestadores no que se refere à incorporação de novas tecnologias e à avaliação da qualidade da atenção prestada ²¹.

Sem desconsiderar os esforços dos órgãos executivos, profissionais e reguladores em instituir políticas e implementar ações que visem à regulação dos prestadores de serviços com foco na qualidade da atenção prestada, as iniciativas no campo da gestão da clínica são ainda recentes no país, além de serem independentes e pulverizadas. Dessa forma, não alcançam a necessária articulação entre si para consolidarem-se como política pública com efetiva implementação.

Um desafio que se apresenta é a incorporação da gestão da clínica como uma dimensão da gestão nas organizações de saúde, entre as quais, as operadoras de planos de saúde, considerando que iniciativas voltadas para a melhoria da qualidade assistencial precisam ser integradas e conduzidas no nível organizacional ²². Colocam-se os desafios também enfrentados em outros sistemas de saúde no sentido da ampla implementação dos princípios da atenção à saúde baseada em evidência ²³ e da promoção de mudanças culturais que incorporem uma consciência sistêmica, comunicação acurada, simples, multifacetada e em tempo hábil, trabalho em equipe multidisciplinar, sentimento de pertencimento ao processo de melhoria da qualidade da assistência por parte de profissionais e gestores e o envolvimento de lideranças ^{19,22,23,24,25,26}.

A incorporação de diretrizes clínicas nos serviços de saúde pode ser potencializada se adequadamente articulada a outras ferramentas gerenciais que, tendo as diretrizes como referência, sejam capazes de impactar sobre a prática médica, com vistas à melhoria da qualidade da atenção. Entre elas, enumeram-se a programação de atividades, o estabelecimento de indicadores e metas assistenciais, a realização de auditorias e de educação continuada junto às equipes e uma estrutura de incentivos que vincule ganhos da equipe ao efetivo uso de diretrizes preconizadas^{25,26,27}.

Por fim, vale sublinhar que, apesar do reconhecimento de que as estratégias de implementação e disseminação de diretrizes correntes podem propiciar a melhoria da atenção, existe uma base de evidência imperfeita para dar suporte a decisões sobre quais dessas estratégias são mais eficientes sob diferentes circunstâncias. Este é, sem dúvida, um aspecto de interesse, considerando que o investimento em atividades de melhoria da qualidade dá-se comumente com recursos limitados²⁸.

Colaboradores

M. C. Portela coordenou a pesquisa e, juntamente com S. M. L. Lima, V. M. B. Ferreira e C. C. Escosteguy, participou de todas as suas etapas: desenho do estudo, elaboração do instrumento, coleta de dados, planejamento e execução das análises, elaboração do relatório final da pesquisa e elaboração deste artigo. C. Brito colaborou no planejamento e execução das análises, elaboração do relatório final da pesquisa e elaboração deste artigo. M. T. L. Vasconcellos contribuiu na elaboração do desenho da amostra, estimação dos pesos amostrais, produção do relatório final da pesquisa e deste artigo.

Agradecimentos

Os autores agradecem a importante colaboração de Águida Wichrowski Kopf, Alda Maria Lacerda da Costa, Carla Lourenço Tavares de Andrade, Flávia Helena Miranda de Araújo Freire, Juliana Garcia Gonçalves, Mônica de Oliveira Marques, Simone Cristina da Costa Ferreira e Vanessa Costa e Silva, pesquisadoras de campo no estudo, e o apoio gerencial provido por Ana Paula Lucas Caetano. Também agradecem à equipe da Agência Nacional de Saúde Suplementar as inestimáveis trocas durante o desenvolvimento do projeto.

Esta pesquisa foi realizada com financiamento da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e colaboração da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), estando regida pela carta-acordo BR/CNT/030.1767, firmada entre a Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde (FIOTEC) e a OPAS.

Referências

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: acesso e utilização de serviços de saúde, 2003. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2005. [[Links](#)]
2. Derengowski MG. Nota introdutória sobre estrutura de mercado, concentração e mercados relevantes. In: Agência Nacional de Saúde Suplementar/Ministério da Saúde, organizadores. Regulação & Saúde. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2004. p. 65-92. [[Links](#)]
3. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Qualificação da saúde suplementar. <http://www.ans.gov.br/> (acessado em 23/Abr/2007). [[Links](#)]
4. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. JAMA 2002; 288:1775-9. [[Links](#)]
5. Grimshaw JM, Russell IT. Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. Lancet 1993; 342:1317-22. [[Links](#)]
6. Woolf SH, Grol R, Hutchinson A, Eccles M, Grimshaw J. Potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. BMJ 1999, 318:527-30. [[Links](#)]
7. Hedlin D. A procedure for stratification by an extended Ekman rule. J Off Stat 2000; 16:15-29. [[Links](#)]
8. Hájek J. Limiting distribution in simple random sampling from a finite population. Publications of the Mathematics Institute of the Hungarian Academy of Science 1960; 5:361-74. [[Links](#)]
9. Leite IC, Schramm JMA, Gadelha AMJ, Valente JG, Campos MR, Portela MC, et al. Comparação das informações sobre as prevalências de doenças crônicas obtidas pelo suplemento saúde da PNAD/98 e as estimativas pelo estudo Carga de Doença no Brasil. Ciênc Saúde Coletiva 2002; 7:733-41. [[Links](#)]
10. Bennett CL, Somerfield MR, Pfister DG, Tomori C, Yakren S, Bach PB, et al. Perspectives on the value of American Society of Clinical Oncology clinical guidelines as reported by oncologists and health maintenance organizations. J Clin Oncol 2003; 21:937-41. [[Links](#)]

11. Gladowski P, Fetterolf D, Beals S, Holleran MK, Reich S. Analysis of a large cohort of Health Maintenance Organization patients with congestive heart failure. *Am J Med Qual* 2003; 18:73-81. [[Links](#)]
12. Ray-Coquard I, Philip T, de Laroche G, Froger X, Suchaud JP, Voloch A, et al. Persistence of medical change at implementation of clinical guidelines on medical practice: a controlled study in a cancer network. *J Clin Oncol* 2005; 23:4414-23. [[Links](#)]
13. Peterson ED, Roe MT, Mulgund J, DeLong ER, Lytle BL, Brindis RG, et al. Association between hospital process performance and outcomes among patients with acute coronary syndromes. *JAMA* 2006; 295:1912-20. [[Links](#)]
14. Reibis R, Dovifat C, Dissmann R, Ehrlich B, Schulz S, Stolze K, et al. Implementation of evidence-based therapy in patients with systolic heart failure from 1998-2000. *Clin Res Cardiol* 2006; 95:154-61. [[Links](#)]
15. Azocar F, Cuffel B, Goldman W, McCarter L. The impact of evidence-based guideline dissemination for the assessment and treatment of major depression in a managed care behavioral health care organization. *J Behav Health Serv Res* 2003; 30:109-18. [[Links](#)]
16. Dickey B, Norman SLT, Hermann RC, Eisen SV, Cortes DE, Cleary PD, et al. Guideline recommendations for treatment of schizophrenia: the impact of managed care. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60:340-8. [[Links](#)]
17. Schramm JMA, Valente JG, Leite IC, Campos MR, Gadelha AMJ, Portela MC, et al. Perfil epidemiológico segundo os resultados do estudo de carga de doença do Brasil – 1998. In: Ministério da Saúde, organizador. *Saúde no Brasil: contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p. 95-125. [[Links](#)]
18. Donaldson LJ, Gray JA. Clinical governance: a quality duty for health organisations. *Qual Health Care* 1998; 7 Suppl:S37-44. [[Links](#)]
19. Nicholls S, Cullen R, O'Neill S, Halligan A. Clinical governance: its origin and its foundations. *Clin Perform Qual Health Care* 2000; 8:172-8. [[Links](#)]
20. Halligan A, Donaldson L. Implementing clinical governance: turning vision into reality. *BMJ* 2001; 322:1413-7. [[Links](#)]
21. Silva LK. Avaliação tecnológica e análise custo-efetividade em saúde: a incorporação de tecnologias e a produção de

- diretrizes clínicas para o SUS. Ciênc Saúde Coletiva 2003; 8:501-20. [[Links](#)]
22. Browman GP. Clinical practice guidelines and health care decisions: credibility gaps and unfulfilled promises. Nat Clin Pract Oncol 2005; 2:480-1. [[Links](#)]
23. Mason A, Ingham J, Parnham J. Making clinical governance work. Clin Med 2005; 5:122-5. [[Links](#)]
24. Dijkstra R, Wensing M, Thomas R, Akkermans R, Braspenning J, Grimshaw J, et al. The relationship between organisational characteristics and the effects of clinical guidelines on medical performance in hospitals: a meta-analysis. BMC Health Serv Res 2006; 6:53. [[Links](#)]
25. Caminiti C, Scoditti U, Diodati F, Passalacqua R. How to promote, improve and test adherence to scientific evidence in clinical practice. BMC Health Serv Res 2005; 5:62. [[Links](#)]
26. Chaillet N, Dube E, Dugas M, Audibert F, Tourigny C, Fraser WD, et al. Evidence-based strategies for implementing guidelines in obstetrics: a systematic review. Obstet Gynecol 2006; 108:1234-45. [[Links](#)]
27. Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, O'Brien MA, Oxman AD. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Database Syst Rev 2006; (2):CD000259. [[Links](#)]
28. Grimshaw J, Eccles M, Thomas R, McLennan G, Ramsay C, Fraser C, et al. Toward evidence-based quality improvement. Evidence (and its limitations) of the effectiveness of guideline dissemination and implementation strategies 1966-1998. J Gen Intern Med 2006; 21 Suppl 2:S14-20. [[Links](#)]

 **Correspondência:**

M. C. Portela
Departamento de Administração e Planejamento em Saúde
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Fundação Oswaldo Cruz
Rua Leopoldo Bulhões 1480, Rio de Janeiro
RJ 21041-210, Brasil
mportela@ensp.fiocruz.br

Recebido em 13/Set/2006
Versão final reapresentada em 25/Abr/2007
Aprovado em 24/Jul/2007

