

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS**



**FATORES ASSOCIADOS À ADOÇÃO DE PROTOCOLOS DE
ENCAMINHAMENTO PELOS MÉDICOS(AS) DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
DE PORTO ALEGRE**

MARINA MANZANO CAPELOZA PILZ

Porto Alegre

2019

MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS



**FATORES ASSOCIADOS À ADOÇÃO DE PROTOCOLOS DE
ENCAMINHAMENTO PELOS MÉDICOS(AS) DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
DE PORTO ALEGRE**

MARINA MANZANO CAPELOZA PILZ

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como requisito parcial para
obtenção do título de Mestre em
Avaliação e Produção de Tecnologias
para o SUS no Programa de Pós-
Graduação em Avaliação e Produção de
Tecnologias para o SUS do Grupo
Hospitalar Conceição.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Claunara Schilling Mendonça
Co-orientadora: Prof^ª. Dra. Evelise Rigoni de Faria

Porto Alegre

2019

AGRADECIMENTOS

Aos médicos(as) participantes deste estudo.

À Prof Dra Claunara Schilling Mendonça pelos ensinamentos, a acolhida e o sorriso largo sempre!

Aos Professores Vânia Naomi Hirakata, Evelise Rigoni de Faria, Jorge Otávio Maia Barreto, Marília Cristina Prado Louvison, Sérgio Antônio Sirena e Roger Keller Celeste pelas contribuições!

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Produção e Avaliação de Tecnologias para o SUS e aos colegas de turma com quem foi uma delícia dividir esse tempo do mestrado.

A minha família de Aracaju que é parte de mim e está tão perto, mesmo com a distância.

A minha família de Porto Alegre, especialmente para meus queridos Maria Elaine Pilz e Carlos Enrique Pilz que participaram tão ativamente deste momento, nem sei se é possível agradecer tanto carinho e dedicação.

Ao amor da minha vida, Carlos Pilz, - meu !tchan! - com quem quero compartilhar todos os meus dias até o fim.

Às minhas filhas, Maria e Alice, pessoas maravilhosas, carinhosas e cheias de vida, que eu tenho o privilégio de ser mãe, que enchem de felicidade e sentido a minha vida.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agentes comunitários de saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ATS	Avaliação de Tecnologias em Saúde
ATS	Avaliação de Tecnologias em Saúde
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CR	Centrais de Regulação
EACS	Equipes de agentes comunitários de saúde
ESB	Equipes de Saúde Bucal
eSF	Equipes de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
GERCON	Sistema Gerenciamento de Consulta
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMESF	Instituto Municipal de Saúde da Família
MBE	Medicina Baseada em Evidência
MS	Ministério da Saúde
PBE	Prática Baseada em Evidências
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCP	Teoria do Comportamento Planejado
TS	Tecnologias em Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde tem papel estratégico no Sistema Único de Saúde principalmente no que se refere à integração e coordenação do cuidado em articulação com a Atenção Secundária e Terciária. Para isto, muitas vezes, é necessário lançar mão de tecnologias que apoiem e qualifiquem o cuidado prestado pelas equipes e contribuam para a conexão entre os pontos de atenção. Protocolos de Encaminhamento são diretrizes de práticas clínicas que cumprem este objetivo pois apoiam a decisão do profissional de saúde quanto ao encaminhamento do usuário para outros serviços através da sistematização da indicação clínica e classificação de risco. Este estudo teve como objetivo principal analisar os fatores associados à intenção de adoção de Protocolos de Encaminhamento por médicos da Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre. Trata-se de um estudo transversal de natureza exploratória e caráter descritivo realizado com médicos atuantes na Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre/RS. Tem como referencial teórico o modelo da Teoria do Comportamento Planejado que fundamentou a elaboração de dois questionários. Questionário-BASE com questões abertas aplicado a parte da amostra para identificação de Crenças Modais e Questionário-FINAL com questões objetivas aplicado ao total da amostra para identificação dos fatores associados à intenção Comportamental. A consistência interna e a confiabilidade foram verificadas através do Coeficiente Alfa de Cronbach e as variáveis independentes avaliadas através de análise multivariada e Regressões Lineares Múltiplas. Para verificar a força e o tipo das relações existentes utilizou-se a análise do coeficiente de Correlação de Pearson(r). Os resultados demonstram que a intenção dos médicos de adotar Protocolos de Encaminhamento na sua prática clínica foi predominantemente positiva e que as variáveis hipotetizadas pela teoria como preditivas da Intenção Comportamental – Atitude, Norma Subjetiva e Controle Comportamental Percebido - foram estatisticamente significantes, sendo estas e o tempo de formado importantes fatores associados. A Atitude foi o preditor mais forte, seguido pelo Controle Comportamental Percebido e pela Norma Subjetiva. As crenças relacionadas à utilidade e à facilidade de uso dos protocolos desempenharam um papel importante na intenção de adoção da tecnologia. Dentre as variáveis de características individuais e organizacionais, apenas a variável tempo de formado demonstrou interferência na intenção.

Descritores: Teoria do Comportamento Planejado. Diretrizes Clínicas. Protocolos de Encaminhamento. Atenção Primária à Saúde.

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	7
2 INTRODUÇÃO	8
3 OBJETIVOS DE PESQUISA	11
3.1 Objetivo Geral	11
3.2 Objetivos Específicos	11
4 REVISÃO DE LITERATURA	12
4.1 O Sistema Único de Saúde e a Rede de Atenção à Saúde	12
4.2 Atenção Primária à Saúde	13
4.3 Tecnologias em Saúde e a Prática Baseada em Evidências	18
4.4 Protocolos de Encaminhamento	22
4.5 Teoria do Comportamento Planejado	23
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
5.1 Limitações do estudo	28
5.2 Financiamento	29
5.3 Conflitos de Interesse	29
REFERÊNCIAS	30
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO-BASE	38
APÊNDICE B - Questionário-FINAL	44
APÊNDICE C – ARTIGO A SER SUBMETIDO À REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA	50

1 APRESENTAÇÃO

Esta dissertação apresenta os resultados de um estudo transversal sobre fatores relacionados à intenção de adoção de Protocolos de Encaminhamento por médicos da Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre. Divide-se segundo formato proposto pelo Programa de Pós-Graduação em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS:

- a) dissertação de mestrado em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS, composta por: resumo, objetivos, introdução e revisão de literatura;
- b) artigo científico, conforme as normas de revista escolhida para publicação, intitulado: Fatores associados à adoção de Protocolos de Encaminhamento pelos médicos da Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre;
- c) considerações finais.

2 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído pela Constituição Federal Brasileira e tem como objetivos identificar e divulgar os condicionantes e determinantes da saúde, formular a política de saúde e fazer ações de promoção, proteção e recuperação da saúde integrando ações assistenciais e preventivas (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990; CARVALHO, 2013).

A Atenção Primária à Saúde (APS) configura-se como a porta de entrada preferencial e cumpre papel estratégico no SUS. Deve ser capaz de resolver a maioria dos problemas de saúde da população, elaborar, acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os diversos serviços de saúde, atuando como o centro de comunicação e responsabilizando-se pelo cuidado compartilhado e atenção integral (BRASILa, 2011; BRASIL, 2017).

Todas essas funções perpassam a capacidade clínica e de cuidado e, muitas vezes, dependem de um aparato de ferramentas e dispositivos que apoiem e qualifiquem o cuidado prestado pelas equipes e evitem que a APS se configure simplesmente como um “centro de distribuição às referências”, com excesso de encaminhamentos para a Atenção Especializada/Atenção Secundária e alto consumo de exames (BRASIL, 2010; CAMPOS, 1992; MERHY, 1997; FRANCO; 1999).

Segundo Cecílio *et al.* (2014), a Regulação pode ser um dispositivo na produção de conexão entre os níveis de atenção (Primária, Secundária e Terciária), desde que atue em diálogo com o cuidado. O autor afirma que a regulação (governamental ou não) sempre opera fortemente na produção de mecanismos e fluxos de conexão.

Neste sentido, a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde propõe o desenvolvimento de instrumentos que operacionalizem as funções reguladoras com vistas a identificar o perfil assistencial mais adequado às necessidades de saúde e induzir a escolha da melhor alternativa terapêutica para os usuários com avaliação do risco individual e coletivo (BRASIL, 2008; SANTOS, 2010). Tais como Protocolos de Encaminhamento.

Protocolos de Encaminhamento são diretrizes clínicas que tem como objetivo apoiar a decisão do profissional de saúde quanto ao encaminhamento do usuário atendido para outro nível de atenção e/ou a serviços de apoio Diagnóstico e

Terapêutico (SADT) através da sistematização de critérios clínicos e classificação de risco. Funcionam como ferramenta, ao mesmo tempo, de gestão e de cuidado, pois tanto orientam as decisões dos profissionais solicitantes quanto se constituem como referência para a decisão dos reguladores nas Centrais de Regulação (BRASIL, 2010; BRASIL, 2016).

Esta tecnologia propicia processos ricos de aprendizagem organizacional, facilita a ação da regulação e contribui para a ordenação do sistema e a otimização dos recursos públicos porque se propõem a organizar, de forma racional e baseada na melhor evidência científica disponível, a oferta e a distribuição desses recursos que são finitos e nunca irão satisfazer todos os anseios da sociedade (MARK, 2002; JACQUES; GONÇALO, 2007).

Neste sentido, o Ministério da Saúde lançou entre 2015 e 2016 Protocolos de Encaminhamento da Atenção Básica para Atenção Especializada (BRASIL, 2015; BRASIL, 2016). A Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul adotou estes protocolos e desenvolveu outros em parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) que são utilizados pelas Centrais de Regulação. Parte destes protocolos estão recomendados formalmente pela Gestão da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Porto Alegre para uso dos profissionais da APS (PORTO ALEGRE, 2017) e alguns até mesmo incorporados ao software utilizado pelo município para a regulação do acesso.

Mesmo com os esforços para ampliar a prática baseada em evidências (PBE), é importante ressaltar que a adoção de Diretrizes/Protocolos Clínicos é inconsistente (GROL; GRIMSHAW, 2003; GROL, 1992; SCHUSTER, 1998; SEDDON *et al*, 2001).

Nas últimas décadas de implementação da ciência tem-se um crescente interesse no uso de teorias para compreender os mecanismos pelos quais a implementação de uma tecnologia pode ser bem sucedida aplicando teorias emprestadas de disciplinas como psicologia e sociologia (RABIN; BROWNSON, 2012).

A Teoria do Comportamento Planejado (TCP), é o modelo da Psicologia Social dominante para a previsão das intenções comportamentais a partir de um conjunto reduzido de variáveis e tem mostrado forte utilidade preditiva para uma grande gama de comportamentos, incluindo comportamentos relacionados à saúde (AJZEN, 1985; ARMITAGE; CHRISTIAN, 2003).

A Teoria do Comportamento Planejado (TCP) baseia-se na premissa de que a intenção de um indivíduo de adotar um dado comportamento é considerada o antecessor imediato do comportamento (AJZEN, 1991, 2002).

Hausenblas, Carron e Mack (1997), afirmam que a intenção comportamental é a indicação de quanto esforço será utilizado para se adotar ou não um determinado comportamento, sendo influenciada por três componentes: a Atitude, a Norma Subjetiva e o Controle Comportamental Percebido. Atitude consiste na avaliação que o indivíduo faz sobre o comportamento em questão. A Norma Subjetiva, segundo preditor da intenção comportamental, é influenciada pela forma como as pressões sociais são percebidas pelo indivíduo para adotar ou não aquele determinado comportamento. E, por fim, o Controle Comportamental Percebido pode ser definido como a crença individual sobre o quanto é fácil ou difícil adotar um determinado comportamento.

Segundo Korteisto (2010), a TCP é a base teórica adequada para implantação e implementação de diretrizes clínicas em práticas de saúde. Este modelo tem sido bastante utilizado em pesquisas nas diversas áreas que se preocupam com adoção de comportamentos preventivos em saúde, e isso se deve à possibilidade de conhecimento das intenções de um dado comportamento em uma determinada população, permitindo aos programas e políticas de saúde a utilização de estratégias de intervenção mais eficazes e resolutivas.

Diante disto, o presente estudo pretende compreender os fatores e crenças específicas que influenciam a intenção dos médicos em adotar Protocolos de Encaminhamento na sua prática clínica cotidiana utilizando a TCP como base teórica e assim colaborar na definição de estratégias e intervenções mais eficazes para a ampliação do seu uso e no direcionamento Políticas Públicas de Saúde relacionadas.

3 OBJETIVOS DE PESQUISA

3.1 Objetivo Geral

- a) Identificar e analisar os fatores associados à intenção de adoção de Protocolos de Encaminhamento por médicos(as) que trabalham na Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre, tomando como referencial teórico o modelo da Teoria do Comportamento Planejado (TCP).

3.2 Objetivos Específicos

- a) Elaborar Questionário-BASE com questões abertas para identificação de Crenças Salientes Modais relacionadas à adoção de Protocolos de Encaminhamento por médicos(as) que trabalham na Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre;
- b) Elaborar Questionário-FINAL com questões objetivas para identificação dos fatores associados à intenção Comportamental relacionada à adoção de Protocolos de Encaminhamento por médicos(as) que trabalham na Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre;
- c) Identificar fatores e crenças específicas relacionadas à intenção de adoção de Protocolos de Encaminhamento por médicos(as) que trabalham na Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre;

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 O Sistema Único de Saúde e a Rede de Atenção à Saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído em 1988 pela Constituição Federal Brasileira após um grande movimento de Reforma Sanitária, conforma o sistema público de ações e serviços de saúde do Brasil (BRASIL, 1988; CARVALHO, 2013; DUNCAN *et al.*, 2013).

Mendonça (2006, p. 26) ressalta que o SUS *"traz em seu arcabouço legal importantes elementos como o conceito amplo de saúde, ao considerar os aspectos psico-socio-ambientais e o entendimento que a saúde é um direito do cidadão e dever do Estado"*.

Tem como objetivos identificar e divulgar os condicionantes e determinantes da saúde, formular a política de saúde e fazer ações de saúde assistenciais e preventivas (BRASIL, 1990). Fundamenta-se no cuidado integral e no acesso universal, equânime e ordenado às ações e serviços de saúde (BRASIL, 2010). Estes princípios constitucionais garantem ao cidadão o direito à atenção à saúde em todos os níveis de complexidade.

Segundo Mendes (2009; 2011), os princípios constitucionais do SUS se fortalecem quando há uma rede formada por diferentes serviços organizados em relações horizontais cooperativas e interdependentes de tal forma que o cidadão não utilize um serviço de maior aporte tecnológico para satisfazer uma necessidade que pode ser resolvida por um serviço de menor porte.

A Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS, define Redes de Atenção à Saúde como *"arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado"* (BRASIL, 2010). Esses arranjos podem ser categorizados por níveis de atenção.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é composta por serviços capilarizados no território que respondem às necessidades de saúde com ações preventivas, curativas, de reabilitação e de promoção da saúde, integrando os cuidados quando existe mais de um problema e responsabilizando-se, ao longo do tempo, pela coordenação do cuidado (DUNCAN *et al.*, 2013).

A Atenção Secundária é composta pelos serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, com densidade tecnológica intermediária entre a Atenção Primária e a Atenção Terciária. Esse nível compreende serviços especializados (ambulatoriais e hospitalares), de apoio diagnóstico e terapêutico e atendimento de urgência e emergência e, em geral, são um ponto importante de estrangulamento do sistema com filas de espera gigantescas (BRASIL, 2010; ERDMANN *et al*, 2013; FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2003). Rocha (2014) acrescenta ser este o nível de atenção historicamente marcado pela agenda da medicina e sua lógica de produção e de mercado.

Os pontos de Atenção Terciária são serviços ambulatoriais e hospitalares especializados de alta complexidade, são mais densos tecnologicamente quando comparados aos da Atenção Secundária, contudo, não há entre eles relação de subordinação (MENDES, 2011).

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) devem ter a Atenção Primária à Saúde como porta de entrada do Sistema e coordenadora do cuidado em articulação com a Atenção Secundária e Terciária e com isto compor sistemas de saúde funcionais, resolutivos e acolhedores (BRASILa, 2011; BRASILb, 2011; BRASILc, 2011; OPAS, 2008).

Santos (2017, p. 1289) acrescenta que as RAS devem estar organizadas de maneira a satisfazer às necessidades dos cidadãos no cuidado à saúde, de modo a *“criar um itinerário sanitário racional e identitário, sem obstáculos burocráticos, com economia processual e temporal, racionalidade nos gastos e nos exames de apoio diagnóstico, dentre outros elementos”*.

4.2 Atenção Primária à Saúde

O Termo Centros de Saúde Primários foi usado pela primeira vez em 1920 no Reino Unido, descrito num documento denominado Relatório Dawson. Já naquele momento o conceito trazia a perspectiva de organização sistêmica, com serviços configurados por nível de complexidade e com base geográfica definida. Atualmente, esta perspectiva ainda baseia as discussões sobre a organização de sistemas de saúde com ênfase na Atenção Primária à Saúde (LAVRAS, 2011; MENDONÇA, 2016; STARFIELD; MACINKO, 2005).

Em 1978, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma Ata, Cazaquistão, trouxe a concepção de APS como a atenção essencial, com tecnologias apropriadas garantida a todos os usuários e famílias da comunidade mediante sua participação. Acrescenta que os cuidados primários representam o primeiro nível de contato com o sistema de saúde, pelo qual os cuidados são levados o mais proximamente possível de onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (WHO, 1978).

Nos anos seguintes à Conferência por muitas vezes o conceito de Atenção Primária à Saúde foi apresentado internacionalmente numa concepção seletiva, baseada em serviços restritos e focados no controle de doenças em países em desenvolvimento, concepção que, segundo Mendonça (2016, p. 20) *"domina, ainda hoje, o funcionamento das agências internacionais de fomento e estruturas administrativas e burocráticas tanto estatais como privadas"*.

No final da década de 90, Starfield (1998), médica e pesquisadora estadunidense, reforça a APS como um modelo de organização dos sistemas de saúde, sendo porta de acesso aos serviços, com recursos acessíveis, relevantes e integrados, que coordena o conjunto de respostas às necessidades de saúde e a assistência continuada centrada no usuário. A APS é apontada como uma estratégia para fortalecer os sistemas de saúde que visa a aprimorar a efetividade dos serviços e garantir a equidade na sua oferta.

Starfield (2002) sistematizou as características próprias da APS e seus componentes fundamentais e criou uma definição operacional, possibilitando estabelecer o grau de orientação à APS, mediante a presença e a extensão de seus atributos, tanto essenciais como derivados.

São atributos essenciais exclusivos dos serviços de atenção primária: primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção (STARFIELD, 2002).

O *primeiro contato* implica o acesso e o uso do serviço para cada novo problema ou novo episódio de um problema para os quais se procura o cuidado. Este atributo pode ser apresentado em duas dimensões: a *acessibilidade* possibilita que as pessoas cheguem aos serviços, e o *acesso* permite o uso oportuno destes serviços para alcançar os melhores resultados possíveis (STARFIELD, 2002).

Para Merhy (1998) desenvolver capacidades de acolher, responsabilizar, resolver e autonomizar são prerrogativas dos serviços de saúde com práticas centradas no usuário.

A *longitudinalidade* requer a existência do aporte regular de cuidados e seu uso consistente ao longo do tempo (continuidade do cuidado), num ambiente de relação colaborativa e humanizada entre equipe, usuário e família.

A garantia dos atributos *integralidade* e *coordenação da atenção* depende do reconhecimento adequado das necessidades biopsicossociais da população e da capacidade da equipe de saúde em atender as mais comuns ou co-responsabilizar-se quando o cuidado adequado ao atendimento destas necessidades deva ser prestado em outros pontos de atenção. Isto é, a equipe de saúde deve integrar todo o cuidado que o usuário recebe independentemente do local no qual este cuidado deverá ser prestado (LAVRAS, 2011; STARFIELD, 2002).

Há também atributos derivados que qualificam as ações das equipes de saúde da APS que são: a *orientação centrada* na família, considerando o contexto familiar dos usuários e as implicações deste contexto nas suas necessidades e no cuidado a ser prestado; a *orientação comunitária*, considerando o contexto social, redes e apoios disponíveis; e a *competência cultural*, considerando necessidades especiais de grupos seja por características étnicas, raciais ou qualquer outra.

Por alguns anos, o Ministério da Saúde (MS) brasileiro utilizou o termo Atenção Básica à Saúde (ABS) para designar APS no país visando marcar a diferenciação entre a estratégia proposta para reorientação do sistema de serviços de saúde e o conceito seletivo usado internacionalmente, criando uma terminologia própria que afastasse a idéia de cuidados primários de saúde como programa de medicina simplificada para pobres (BRASIL, 2007; DUNCAN *et al.*, 2013; PAIM, 1998). A polissemia do termo APS vista internacionalmente é resultado das diversas concepções quanto ao tipo de médico que a exerce, à natureza dos problemas de saúde que atende, ao local de prestação do atendimento, aos padrões de encaminhamento, entre outros aspectos (STARFIELD, 1992).

A Portaria que aprova a Política Nacional de Atenção Básica e estabelece a revisão de diretrizes para a sua organização no âmbito do SUS publicada em setembro de 2017 define:

Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017).

Atualmente o Ministério da Saúde vem utilizando as duas terminologias (APS e ABS) nos seus documentos oficiais (BRASIL, 2019).

A estratégia prioritária de expansão, consolidação e qualificação da APS no Brasil é a Estratégia Saúde da Família (ESF). As equipes de Saúde da Família (eSF) tem composição multiprofissional (médico, preferencialmente da especialidade Medicina de Família e Comunidade; enfermeiro, preferencialmente especialista em Saúde da Família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde) e devem trabalhar conforme as diretrizes do SUS e da APS (BRASIL, 2017).

Mendonça (2016) destaca outras importantes características desta estratégia: a responsabilidade por territórios geográficos e população adscrita, a presença singular dos agentes comunitários de saúde (ACS) e a inclusão da Atenção à Saúde Bucal no sistema público de saúde com a possibilidade de cirurgião-dentista e auxiliar ou técnico em saúde bucal fazerem parte das eSF.

Diferentes estudos demonstram resultados positivos da Estratégia de Saúde da Família na reorganização da Atenção Primária à Saúde no país em diferentes aspectos, entre eles a redução da mortalidade infantil e das internações por condições sensíveis (DUNCAN *et al.*, 2013; MENDONÇA, 2016; BRASILb, 2011). Macinko, Guanais e Souza (2006), por exemplo, defendem que a cada 10% de aumento da cobertura da Saúde da Família correspondeu, entre os anos 1990-2002, a uma redução de 4,6% na Taxa de Mortalidade Infantil, representando impacto mais significativo que outras intervenções, como a ampliação do acesso à água ou ampliação de leitos hospitalares.

Os serviços de Atenção Primária à Saúde, quando funcionando adequadamente, são capazes de resolver cerca de 85% das necessidades de saúde da população (DUNCAN *et al.*, 2013; STARFIELD, 2002). Além de ser capaz de resolver grande parte dos problemas de saúde, a APS cumpre o papel estratégico de elaborar, acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os diversos serviços da Rede de Atenção à Saúde, atuando como o centro de comunicação e responsabilizando-se pelo cuidado compartilhado e atenção integral (BRASILa,

2011; BRASIL, 2017). Há evidências inquestionáveis de que a organização dos Sistemas de Saúde coordenados pela Atenção Primária à Saúde melhora a saúde das populações e amplia a equidade na distribuição de recursos.

Segundo Mendonça (2016, p. 15), *"uma das principais funções da atenção primária na rede de serviços é assegurar o acesso adequado à atenção especializada"*. A autora acrescenta que este papel de *gatekeeper* da APS deve ser reconhecido pela população e pelos profissionais, além de garantido pelos gestores.

Contudo, para que a Atenção Primária à Saúde possa ordenar a RAS, as equipes devem ser capazes de reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando-as em relação aos outros pontos de atenção de forma que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades dos usuários (BRASIL, 2017). Esta lógica organizacional fundamenta-se no princípio de que a atenção integral à saúde depende de níveis de gestão distintos e de um sistema de referenciamento eficaz já que que nenhum ponto da rede seria capaz de garantir a resposta adequada às necessidades dos usuários de maneira isolada (FEUERWERKER, 2005; MERHY; CECÍLIO, 2003; MERHY, 1997).

Todas essas funções perpassam a capacidade clínica e de cuidado e, muitas vezes, dependem de um aparato de ferramentas e dispositivos que apoiem e qualifiquem o cuidado prestado pelas equipes e evitem que a APS se configure simplesmente como um centro de distribuição às referências, com excesso de encaminhamentos para outros níveis de atenção e alto consumo de exames (BRASIL, 2010; CAMPOS, 1992; FRANCO; 1999; MERHY, 1997).

Neste sentido, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), ressalta pressupostos que devem estar presentes no planejamento do Sistema Local de Saúde pela gestão municipal, principal ente federativo executor da APS no Brasil, entre outras tecnologias de gestão da clínica, a implantação de Diretrizes Clínicas que levem em conta classificação de risco e vulnerabilidade, e consequentemente a definição da programação de exames diagnósticos e de consultas especializadas (BRASILc, 2011).

4.3 Tecnologias em Saúde e a Prática Baseada em Evidências

Tecnologia em saúde (TS) é *“todo e qualquer método/dispositivo utilizado para promover a saúde, impedir a morte, tratar doenças e melhorar a reabilitação ou cuidado do indivíduo ou da população”* (NITA *et al.*, 2010, p. 434).

As tecnologias em saúde incluem equipamentos, medicamentos, procedimentos e os dispositivos relacionados aos modelos tecnoassistenciais principalmente no que diz respeito à estruturação de ações e serviços de saúde e dos processos de trabalho e gestão e sua intrínseca relação com as formas de fornecimento de cuidado de saúde (CECÍLIO, 1997; MERHY; CECÍLIO; NOGUEIRA, 1992). Inclui sistemas organizacionais, informacionais, educacionais e de suporte e os programas e Diretrizes Clínicas/Protocolos Clínicos (BRASIL, 2005; NITA *et al.*, 2010).

Merhy (2005) classifica as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde como leves, leves-duras e duras. As tecnologias leves são as das relações (como práticas de gestão, do processo de trabalho, acolhimento, vínculo dos serviços com usuários); as leve-duras são as dos saberes estruturados (conhecimentos estruturados, como a clínica e a epidemiologia) e as duras são as dos recursos materiais, equipamentos tecnológicos como máquinas, normas e estruturas organizacionais.

Considerando este conceito tão abrangente, os Sistemas de Saúde, independente do modelo tecnoassistencial que adotam, tem em comum o uso de Tecnologias em Saúde para obter os resultados em saúde. Nita e outros (2010) destacam a importância do papel das estratégias de assistência como tecnologias a serem avaliadas.

Segundo Toma e outros (2017, p. 17), a Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) *“consiste na investigação das consequências clínicas, econômicas e sociais do desenvolvimento, difusão e uso das tecnologias nos contextos do sistema e dos serviços de saúde”*. É uma atividade multi e interdisciplinar que utiliza evidência científica para a qualificação da tomada de decisão, seja no âmbito da implantação/implementação de políticas de saúde, dentro dos serviços de saúde ou mesmo nas práticas cotidianas do cuidado prestado pelos profissionais (BRASIL, 2009).

Goodman (2014) reforça a importância da utilização da ATS para tomada de decisão na saúde, inclusive no que diz respeito ao acesso e à melhor forma de disponibilizar as Tecnologias em Saúde incorporadas ao sistema.

A Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) pode ser orientada segundo três focos distintos. É *orientada à tecnologia* quando avalia o impacto de uma tecnologia, como por exemplo as decisões relativas ao registro e/ou incorporação de uma tecnologia no sistema de saúde. Quando enfoca a implantação de uma tecnologia específica, por exemplo a colocação de um equipamento para ressonância magnética em um determinado hospital, diz-se *orientada ao projeto*. E, finalmente, a avaliação de tecnologias é *orientada ao problema* quando tem por objetivo resolver questões quanto à melhor maneira de gerenciar um problema de saúde, como por exemplo, utilizar um certo tratamento ou estabelecer critérios clínicos para encaminhamento a especialistas. Este tipo de orientação é comumente destinado à elaboração de Diretrizes Clínicas (BRASIL, 2009; GOODMAN, 2014).

Diretrizes Clínicas, também denominadas de Protocolos Clínicos ou Guias de Conduta Clínica, são recomendações sistematicamente desenvolvidas para orientar profissionais e usuários quanto aos cuidados de saúde apropriados em circunstâncias clínicas específicas (IOM, 2001). Estas tecnologias passaram a ser elaboradas e disseminadas em vários países a partir do final da década de 70 com o propósito de reduzir variações inadequadas na prática clínica e promover a entrega de cuidados de saúde baseados em evidências de alta qualidade (BURGERS *et al.*, 2003; CRAG, 1993).

Em outras palavras, a adoção de Diretrizes/Protocolos Clínicos é um dos meios de incorporação da evidência científica na prática clínica - Prática Baseada em Evidências (PBE)/Medicina Baseada em Evidências (MBE).

Segundo Robert Fletcher e Suzanne Fletcher (2006), MBE é o termo moderno para a aplicação da epidemiologia clínica no cuidado ao usuário, pois se propõe a responder questões clínicas e a tomar decisões com a melhor evidência disponível vendo cada usuário no contexto do todo da população da qual este faz parte. Oxman e outros (1994¹ *apud* BRASIL, 2010), resumem que a prática da Medicina Baseada em Evidências é o resultado da integração entre a experiência individual e as melhores evidências científicas disponíveis.

¹ OXMAN, A. D.; COOK, D. J.; GUYATT, G. H. Users' guides to the medical literature VI: how to use an overview. **JAMA**, v. 272, n. 17, p. 1367-1371, 1994 *apud* BRASIL, 2010.

A aplicação do conhecimento científico pode melhorar o desempenho dos sistemas de saúde, apoiar o avanço na promoção da qualidade de vida e favorecer a equidade na saúde e, por isso, a Organização Mundial de Saúde recomenda o estabelecimento e o fortalecimento de mecanismos de transferência de conhecimento em apoio à saúde coletiva, serviços de saúde e políticas informadas por evidências (WHO, 2005).

Diante disto, pode-se afirmar que Diretrizes/Protocolos Clínicos propiciam a qualificação do cuidado de saúde e consequente prevenção quanto a intervenções inapropriadas. Possibilitam o que chamamos de prevenção quaternária - conceito, proposto por Jamouille (1999) que trata de sintetizar critérios e propostas quanto ao excesso de intervenções diagnósticas e terapêuticas na saúde.

Também pretendem contribuir com a economicidade e a eficiência do Sistema de Saúde, pois permitem uma abordagem sistemática e abrangente para melhorar o gerenciamento do acesso ao sistema, melhoram a coordenação dos cuidados e controlam os custos através da integração de componentes em todo o sistema (BRASIL, 2010; IOM, 2001; MENDES, 2011).

Portela (2004² *apud* BRASIL, 2009) ressalta outro propósito relevante do uso de Diretrizes/Protocolos Clínicos além da orientação à tomada de decisão clínica, garantia da qualidade na assistência, fornecimento de elementos de boa prática médica e otimização de recursos: a educação de indivíduos e grupos.

Jacques e Gonçalo (2007), também afirmam que Diretrizes Clínicas propiciam processos ricos de aprendizagem e acrescentam que estas TS “*são a garantia da maior probabilidade de resultados assistenciais almejados*”.

No entanto, é importante ressaltar que apesar do seu potencial para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde e os resultados para o usuário e para o sistema, a aceitação de Diretrizes Clínicas por parte dos profissionais é inconsistente (GROL; GRIMSHAW, 2003; GROL, 1992; SCHUSTER, 1998; SEDDON, 2001). Estudos sugerem vários obstáculos para adoção deste tipo de tecnologia pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde que vão desde o desconhecimento sobre as diretrizes, discordância com os critérios descritos para cada agravo, crença do profissional

² PORTELA, M. C. Diretrizes clínicas como instrumento de melhoria da qualidade da assistência suplementar: o papel da Agência Nacional de Saúde. In: MONTONE, J.; CASTRO, A. J. W. (org.). *Documentos técnicos de apoio ao fórum de saúde suplementar de 2003*. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar; Brasília: Ministério da Saúde, 2004. v. 3, tomo 2, p. 177-210 *apud* BRASIL, 2009.

quanto às pressões sociais, sobrecarga de trabalho ou mesmo inércia da prática cotidiana (SLADE *et al.*, 2015; KORTTEISTO, 2010).

Além disto, existe um atraso significativo entre a descoberta de melhores formas de cuidado e sua incorporação na prática cotidiana dos profissionais de saúde (IOM, 2010). Tem sido amplamente relatado que as Práticas Baseadas em Evidências (PBE) levam, em média, 17 anos para serem incorporadas à prática nos cuidados de saúde (BALAS; BOREN, 2000; GRANT; GREEN; MASON, 2003; MORRIS; WOODING; GRANT, 2011; BAUER *et al.*, 2015). Assim não se pode supor que exista adoção automática da PBE na prática médica.

A PBE geralmente tem características que tornam improvável a adoção não assistida na prática, especialmente se a intervenção exigir a incorporação de uma mudança na rotina do profissional (ROGERS, 2003³ *apud* BAUER, 2015). Mesmo em áreas clínicas caracterizadas por fortes evidências e consenso geral, a variabilidade na prática sugere que os atuais esforços de disseminação poderiam ser melhorados.

O comportamento do profissional e do sistema não muda por si mesmo e as intervenções unimodais normalmente não produzem mudanças efetivas ou duradouras em sistemas tão complexos quanto a assistência à saúde (PLSEK, 2001). É preciso promover a absorção sistemática na prática rotineira dos profissionais com estratégias adequadas para a mudança do sistema (ECCLES; MITTMAN, 2006).

Alguns autores defendem que a implementação bem-sucedida depende não somente da força das evidências, mas também do contexto no qual são implementadas e da facilitação fornecida para apoiar essa implementação (RYCROFT-MALONE, 2004).

³ Rogers EJ. Diffusion of Innovations. 5 ed. New York: Free Press; 2003 *apud* BAUER, M. S. *et al.* An introduction to implementation science for the non-specialist. **BMC Psychology**, v. 3, n. 1, p. 32, 2015.

4.4 Protocolos de Encaminhamento

A incorporação de Práticas Baseadas em Evidência no cotidiano dos serviços da Atenção Primária à Saúde através da adoção de Diretrizes/Protocolos Clínicos contribui na orientação à tomada de decisão clínica, fornecimento de elementos de boa prática médica e otimização de recursos. A capacidade resolutiva e de coordenação do cuidado e articulação dos pontos de atenção que a APS deve exercer também podem ser bastante favorecidas com a utilização destas tecnologias (BRASIL, 2017; STARFIELD, 2002).

Os Protocolos de Encaminhamento são exemplos importantes porque atuam tanto no campo da gestão quanto do cuidado, propiciando a qualificação da assistência à saúde e a eficiência do sistema com o fortalecimento dos processos regulatórios (BRASIL, 2017; BRASILa, 2016). Orientam as decisões dos solicitantes e se constituem como referência para a avaliação das solicitações pelos reguladores e assim auxiliam os médicos(as) da APS e das Centrais de Regulação (CR) quanto à indicação e as condições clínicas que definem a prioridade para encaminhamentos aos serviços especializados (BRASIL, 2008).

Entre 2015 e 2016 o Ministério da Saúde publicou Protocolos de Encaminhamento da Atenção Básica para Atenção Especializada em 10 especialidades médicas para apoiar estados e municípios na ampliação da resolutividade na APS e dar maior transparência, eficiência e equidade à gestão das listas de espera. Foram desenvolvidos a partir dos motivos mais frequentes de encaminhamento em cada especialidade médica e possibilitam, com a organização do acesso, evitar o deslocamento e a exposição dos usuários a consultas e procedimentos desnecessários, facilitar a ação da regulação, a ordenação do sistema e a otimização dos recursos (BRASIL, 2015; BRASIL, 2017; BRASIL, 2016a; BRASIL, 2016b; BRASIL, 2016c; BRASIL, 2016d; BRASIL, 2016e; BRASIL, 2016f; BRASIL, 2016g).

A Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul adotou os protocolos e desenvolveu outros em parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) aprovados pela Comissão Intergestora Bipartite (CIB)⁴ que são utilizados

⁴ Comissão Intergestores Bipartite (CIB) é uma instância colegiada de decisão do Sistema Único de Saúde (SUS) estadual, integrada paritariamente pela Secretaria Estadual de Saúde e por representantes dos Secretários Municipais de Saúde do Estado instituída pela Norma

pelas Centrais de Regulação do estado. Parte destes protocolos estão recomendados formalmente pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Porto Alegre para uso dos profissionais da APS e alguns até mesmo incorporados à plataforma on-line utilizada pelo município para a regulação do acesso às consultas especializadas denominada GERCON - Sistema Gerenciamento de Consultas (PORTO ALEGRE, 2017).

Considerando a normatização dos Protocolos de Encaminhamento como tecnologia que rege a definição de grande parte das referências realizadas pela APS em todo o estado, é de grande relevância entendermos os mecanismos que podem estar relacionados ao sucesso ou não de sua implementação como parte da prática cotidiana dos médicos da Atenção Primária à Saúde. Além disto, segundo McKenna, Ashton e Keeney (2004) tem-se poucos estudos relacionados à Prática Baseada em Evidências na Atenção Primária e, embora a maioria das barreiras identificadas em outros níveis de atenção possa ser transferida para os cuidados primários, é possível haver barreiras idiossincráticas que precisam ser identificadas e abordadas.

4.5 Teoria do Comportamento Planejado

Nas últimas décadas tem-se um crescente interesse em teorias de disciplinas como psicologia e sociologia que possam contribuir para a compreensão dos mecanismos pelos quais a implementação de uma tecnologia provavelmente será bem sucedida (RABIN; BROWNSON, 2012; GREENHALGH, 2005).

A implementação é parte de um processo contínuo de difusão-disseminação-implementação. Difusão é a propagação passiva, não segmentada e não planejada de novas práticas; a disseminação é a propagação contínua para o público-alvo usando estratégias planejadas; e a implementação é o processo de utilização ou integração de novas práticas dentro de uma configuração (RABIN; BROWNSON, 2012; GREENHALGH *et al*, 2005).

Especialmente quando a implementação de uma tecnologia depende de comportamentos relacionados à saúde, existe uma variedade de modelos que

Operacional Básica (NOB) da Saúde de 1993 que trata da descentralização do SUS (BRASIL, 1993).

pretendem delinear os principais fatores e processos determinantes desse comportamento (SUTTON; RUTTER; QUINE, 2010; CONNER; NORMAN, 2005).

Os principais modelos utilizados destinam-se a facilitar a mudança de comportamento entre pessoas que já pretendem mudar. No entanto, quando é importante estabelecer uma forte intenção de mudar o comportamento, a Teoria do Comportamento Planejado (TCP) se destaca como a teoria de cognição social mais amplamente estudada, inclusive no campo da ciência da implementação que propõe que a implementação bem-sucedida é uma função da força das evidências que apóiam a intervenção, a contexto no qual a intervenção é implementada e a facilitação fornecida para apoiar a implementação. (HAGGER; CHATZISARANTIS, 2009; HARDEMAN *et al.*, 2002; NILSEN *et al.*, 2012).

Conforme Ajzen (2002, 1991), a Teoria do Comportamento Planejado (TCP) pressupõe que os indivíduos fazem uso racional das informações disponíveis considerando as implicações de suas decisões e, sobretudo, que algumas crenças guiam o comportamento humano e fornecem uma fotografia da fundamentação cognitiva do comportamento de uma dada população num determinado momento.

Para o autor, a disposição de um indivíduo em adotar um comportamento específico - a intenção comportamental - usualmente guarda alta correlação com a realização do comportamento em si. A intenção comportamental é considerada o antecessor imediato dos comportamentos nos quais o indivíduo exerce um domínio volitivo (AJZEN, 2002). Quanto mais forte for a intenção, maior a probabilidade de que o indivíduo adote o comportamento.

A intenção comportamental é influenciada por três componentes: Atitude, Norma Subjetiva e Controle Percebido (AJZEN, 2002).

O constructo Atitude consiste na avaliação favorável ou desfavorável sobre o comportamento em questão. É o grau em que o desempenho do comportamento é valorizado positiva ou negativamente. Tem dois componentes: crenças comportamentais - crença sobre as consequências do comportamento e avaliações de resultados - julgamento correspondente sobre o comportamento.

A Norma Subjetiva, segundo preditor da intenção comportamental, é influenciada pela forma como as pressões sociais são percebidas pelo indivíduo para adotar ou não um determinado comportamento. As crenças normativas são as expectativas de outros considerados importantes, percebidas pelo indivíduo em

questão e ponderadas pela sua motivação em atender esse referente (AJZEN, 1991).

E, por fim, o constructo Controle Comportamental Percebido representa a crença sobre o quanto é fácil ou difícil adotar um determinado comportamento, refletindo-se normalmente num momento presente e sobre aspectos externos de controle, como a ocorrência de fatores facilitadores ou impeditores da adoção de um comportamento ponderado pelo poder percebido de cada fator para impactar no engajamento (AJZEN, 1991).

O Controle Comportamental Percebido, além de contribuir para a formação da intenção, pode ser uma variável preditora direta do comportamento (AJZEN, 1991). Isto é, os indivíduos que acreditam não ter recursos ou oportunidades para adotar certo comportamento têm menor probabilidade de formar intenções mesmo que tenham atitudes favoráveis e acreditem que os outros indivíduo aprovariam esse comportamento.

Deste modo, pode-se dizer que quanto mais favoráveis forem as percepções intrínsecas positivas sobre um comportamento, os estímulos das referências externas quanto a esse comportamento e a percepção de controle, mais forte será a intenção do indivíduo em realizá-lo (AJZEN, 1991).

Dentre as vantagens do modelo, destaca-se a previsão acurada das intenções comportamentais a partir de um conjunto reduzido de variáveis (ARMITAGE; CHRISTIAN, 2003), no entanto existem críticas quanto ao seu foco em processos racionais, não considerando influências emocionais e não-conscientes (CONNER; SPARKS, 2005⁵ *apud* MCEACHAN *et al.*, 2011; SHEERAN; ABRAHAM, 2003).

É uma teoria generalizada da predisposição comportamental e, como tal, o padrão hipotético de efeitos pode se aplicar a múltiplos comportamentos e múltiplos contextos (HAGGER; CHATZISARANTIS, 2009; ARMITAGE; CONNER, 2001). McEachan *et al.* (2011) sugerem que a TCP identifica alvos importantes a serem usados para intervenções que modificam comportamentos de saúde.

Bauer *et al.* (2015) ressaltam que uma das preocupações prementes nos cuidados de saúde é a lentidão em que intervenções promissoras, apoiadas por

⁵ CONNER, M.; SPARKS, P. (2005). The Theory of Planned Behavior. In M. Conner, & P. Norman (Eds.), Predicting Health Behaviour: Research and Practice with Social Cognition Models (p. 121-162). Buckingham: Open University Press *apud* MCEACHAN *et al.*, 2011.

evidências científicas, chegam à prática clínica e que uma maneira potencial de acelerar esse processo é conduzir estudos que combinem simultaneamente a coleta de dados relevantes de eficácia e implementação.

A maioria dos estudos são relacionados ao comportamento ligado à saúde, poucos são os estudos que analisam o *fazer* do profissional de saúde. Segundo Kortteisto (2010), a TCP é a base teórica adequada para implantação e implementação de Diretrizes/Protocolos Clínicos em práticas de saúde pois contribui na identificação dos fatores relacionados à disposição dos profissionais em adotar esta tecnologia e na possibilidade de atuar na conversão de intenções comportamentais que precedem o comportamento em si.

Contudo, Ajzen (1985) ressalta que o modelo é dinâmico e aponta para o feedback entre comportamento e cognições, que há grandes desafios na medição e previsão da intenção e que o tempo entre a identificação da intenção e a avaliação do comportamento seja curto para que a força da relação intenção-comportamento não seja reduzida.

Esta preocupação condiz com os achados de Hardeman *et al.* (2002) em sua revisão sistemática sobre o uso da TCP para a mudança de comportamento, que constataram que ainda não há evidências suficientes para julgar se os componentes da TPB medeiam mudanças no comportamento dentro das intervenções, principalmente por causa de falhas metodológicas nos estudos encontrados.

Evidências sugerem também que a natureza do comportamento tem implicações para a utilidade preditiva da teoria, bem como seu potencial para uso no desenvolvimento de intervenções isto é, o tipo de comportamento modera as relações entre os constructos do modelo e certos comportamentos alimentares são melhor previstos pelo modelo (GODIN; KOK, 1996).

Steinmetz *et al.* (2016), em metanálise com 82 trabalhos sobre intervenções para mudança de comportamento baseadas na Teoria do Comportamento Planejado, mostram efeitos significativos dessas intervenções, embora o tamanho dos efeitos tenham variado segundo domínios comportamentais. Além disso, o estudo demonstrou a eficácia relativa de vários métodos para a mudança de comportamento e percebeu que o foco no método certo geralmente é mais importante do que o uso de vários métodos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo pretende contribuir para a definição de estratégias que fortaleçam a adoção de Protocolos de Encaminhamento pelos(as) médicos(as) da APS através da identificação dos fatores e crenças que têm efeito sobre a Intenção Comportamental, já que este parece ser um precedente importante para a implementação bem-sucedida.

Foi interessante observar que algumas barreiras à adoção de Diretrizes/Protocolos Clínicos descritas na literatura, como por exemplo a falta de confiança sobre o desenvolvimento da tecnologia ou o fato de os médicos da assistência não terem sido consultados para definição dos critérios, sequer foram mencionadas pelos médicos pesquisados.

Entendendo que o compromisso de incorporar a Prática Baseada em Evidências com o uso de Protocolos de Encaminhamento na rotina cotidiana não se dá como uma adesão servil dos profissionais, deve-se investir para além da normatização e das ações macropolíticas que estruturam a mudança da realidade sanitária mas, sobretudo, com intervenções na micropolítica dos serviços. É importante que os gestores invistam na discussão com os profissionais sobre os benefícios da adoção dos Protocolos de Encaminhamento principalmente quanto ao apoio técnico e contribuição na precisão e agilidade na tomada de decisão.

Apoiar a adoção exige também a reorganização dos padrões de trabalho para que não haja sobrecarga para o profissional e para que o tempo necessário ao estudo e discussão de casos com base nos protocolos seja garantido dentro do seu horário de trabalho. Esta medida parece coerente com a importância dos PE para a organização do acesso, equidade, segurança do usuário, otimização do sistema, entre outros resultados que a tecnologia promete e com o tamanho da responsabilidade que as equipes carregam para atender todos os preceitos e atributos da APS.

Deve-se considerar que o trabalho em saúde é uma prática social, carregando consigo implicações que atendem a um projeto de sociedade e concepções variadas de saúde-doença-cuidado e perpassa o território subjetivo e os projetos pessoais dos profissionais e usuários (SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018). Com isso, é preciso pensar políticas organizacionais que criem realidades mais cuidadoras e promotoras de saúde nos processos de trabalho e nas relações entre usuários,

profissionais e gestores e que propiciem um ambiente de trabalho aberto à inovação, revitalização e mudança positiva, que facilite, ao mesmo tempo, a realização profissional e pessoal (PLATH, 2013).

A adequação do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) e do Sistema de Gerenciamento de Consultas (GERCON) para que os Protocolos de Encaminhamento estejam disponíveis inclusive como lembretes (*pop-ups*) quando um agravo para o qual já existem critérios de encaminhamento faça parte da hipótese diagnóstica ou motivo do encaminhamento parece ser outra medida relevante para a adoção da tecnologia.

Por fim, sugere-se que outros estudos possam analisar a utilidade da Teoria do Comportamento Planejado no desenvolvimento e avaliação de intervenções de adoção de Protocolos de Encaminhamento e que investiguem a relação entre intervenções baseadas na teoria e a mudança real na Intenção Comportamental e no comportamento em si.

5.1 Limitações do estudo

O tamanho da amostra foi uma limitação encontrada. Apesar do número de médicos(as) participantes representar quase 20% do total de médicos(as) atuantes no município no momento da coleta, a amostra foi inadequada para suportar validação através de Análise Fatorial (HAIR *et al.*, 2005; HAIR *et al.*, 2009; MCCOLL *et al.*, 2001; MOSER, KALTON, 1993). Outra questão que pode ser levantada é que o item "*Você conhece os Protocolos de Encaminhamento adotados pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre?*", não apontou/listou os Protocolos de Encaminhamento adotados, o que pode ter resultado em alguns falso-positivos por não considerar a totalidade dos PE. Ademais, esta foi uma informação autorreferida pelos profissionais e não verificada pelo pesquisador.

5.2 Financiamento

Este estudo faz parte de atividades do Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Tecnologias em Saúde da Escola do Grupo Hospitalar Conceição, não tendo fontes externas de financiamento.

5.3 Conflitos de Interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesses.

REFERÊNCIAS

AJZEN, I. From intentions to actions: A theory of planned behavior. In: **Action Control**. Berlin, Heidelberg: Springer, 1985. p. 11-39.

AJZEN, I. Perceived behavioral control, self-efficacy, locus of control, and the theory of planned behavior 1. **Journal of Applied Social Psychology**, v. 32, n. 4, p. 665-683, 2002.

AJZEN, I. **The Theory of Planned Behavior**: Organizational Behavior and Human Decision Process. 1991.

ARMITAGE, C. J.; CHRISTIAN, J. From Attitudes to Behavior: Basic and Applied Research on the Theory of Planned Behavior. **Current Psychology**, v. 22, n. 3, p. 187-195, 2003.

ARMITAGE, C. J.; CONNER, M. Efficacy of the theory of planned behaviour: a meta-analytic review. **British Journal of Social Psychology**, v. 40, p. 471–499, 2001.

BALAS, E. A.; BOREN, S. A. **Managing Clinical Knowledge for Health Care Improvement**. Yearbook of Medical Informatics. Schattauer: Stuttgart, 2000.

BAUER, M. S. *et al.* An introduction to implementation science for the non-specialist. **BMC Psychology**, v. 3, n. 1, p. 32, 2015.

BRASIL b. Organização Pan-Americana da Saúde. Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde; Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. **Inovando o Papel da Atenção Primária nas Redes de Atenção à Saúde**: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 137 p.: il. (NAVEGADOR SUS, 3). ISBN: 978-85-7967-066-4. p. 24, 27-28, 46.

BRASIL c. Organização Pan-Americana da Saúde. **OPAS**. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS - Contribuições para o debate. Brasília: OPAS, 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007. 232 p. Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 8.

BRASIL. **Constituição 1988**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>. Acesso em: 18 dez. 2018.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 29 jun. 2011.

BRASIL. Lei nº. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento

dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cardiologia** [recurso eletrônico]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b. 23 p.: il. (Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada; v. 2).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cirurgia Torácica e Pneumologia** [recurso eletrônico]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Brasília: Ministério da Saúde, 2016e. 31 p.: il. (Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada; v. 5).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Endocrinologia e Nefrologia**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 20 p.: il. (Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada; v. 1).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ginecologia** [recurso eletrônico]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Brasília: Ministério da Saúde, 2016d. 22 p.: il. (Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada; v. 4).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, 31 dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 1.559, de 1.º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.510, de 19 de Dezembro de 2005**. Institui Comissão para Elaboração da Política de Gestão Tecnológica no âmbito do Sistema Único de Saúde - CPGT.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 930, de 15 de Maio de 2019**. Institui o Programa "Saúde na Hora", que dispõe sobre o horário estendido de funcionamento das Unidades de Saúde da Família, altera a Portaria no 2.436/GM/MS, de 2017, a Portaria de Consolidação no 2/GM/MS, de 2017, a Portaria de Consolidação no 6/GM/MS, de 2017, e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Proctologia** [recurso eletrônico]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Brasília: Ministério da Saúde, 2016g. 16 p.: il. (Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada; v. 7).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reumatologia e Ortopedia** [recurso eletrônico]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. versão preliminar. Brasília: Ministério da Saúde, 2016c. 46 p.: il. (Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada; v. 3).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Departamento de Ciência e Tecnologia. Política Nacional de**

Gestão de Tecnologias em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 48 p. (Série B. Textos Básicos em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento. **Avaliação de Tecnologias em Saúde:** ferramentas para a gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 110 p. : il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Urologia** [recurso eletrônico]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Edição revisada. Brasília: Ministério da Saúde, 2016f. 24 p.: il. (Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada; v. 6).

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário oficial da União**, 2017.

BURGERS, J. S. *et al.* Towards evidence-based clinical practice: an international survey of 18 clinical guideline programs. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 15, n. 1, p. 31-045, 2003.

CAMPOS, G. W. S. **A Reforma da Reforma:** repensando a saúde. São Paulo: Hucitec, 1992.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013.

CECÍLIO, L. C. de O. *et al.* “O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado”. **Cadernos de Saúde Pública** (ENSP. Impresso), v. 30, p. 1502-1514, 2014.

CECÍLIO, L. C. de O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 13, p. 469-478, 1997.

CONNER, M.; NORMAN, P. Predicting health behaviour: Research and practice with social cognition models. Buckingham, UK: Open University Press. Johnston, M. (2005). Means and meanings in health psychology. **European Health Psychologist**, v. 1, p. 6–8, 2005.

DUCAN, B.; SCHIMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina Ambulatorial:** conduta de atenção primária baseada em evidências. Prática de atenção primária. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

ECCLES, M. P.; MITTMAN, B. S. Welcome to Implementation Science. **Implementation Sci**, v. 1, n. 1, 2006.

ERDMANN, A. L. *et al.* Secondary Health Care: best practices in the health services network. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, p. 131-9, 2013.

FEUERWERKER, L. C. M. “Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS”. **Interface Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 18, p. 489-506, set./dez. 2005.

FLETCHER, R. H.; FLETCHER, S. W. **Epidemiologia Clínica: elementos essenciais**. 4. ed. Tradução Roberta Marchiori Porto Alegre: ArtMed, 2006.

FRANCO, T. B. **Processos de Trabalho e a Mudança do Modelo Tecnoassistencial em Saúde**. Tese de Mestrado. Campinas (SP): Unicamp, 1999.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Integralidade na Assistência à Saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHI, E. E. *et al.* (org.). **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 2003. v. 2. p. 125-34.

GODIN, G.; KOK, G. J. The theory of planned behavior: A review of its applications to health-related behaviors. **American Journal of Health Promotion**, v. 11, p. 87–98, 1996.

GOODMAN, C. S. **HTA 101: Introduction to Health Technology Assessment**. Bethesda, MD: National Library of Medicine (US), 2014.

GRAC, GUIDELINES in professions allied to medicine (Review) RAG. **Clinical Resource and Audit Group (CRAG)**. Clinical guidelines: a report of a working party. Edinburgh: Scottish Office Home and Health Department, 1993.

GRANT, J.; GREEN, L.; MASON, B. Basic research and health: a reassessment of the scientific basis for the support of biomedical science. **Res Eval**, v. 12, p. 217–24, 2003.

GREENHALGH, T. *et al.* **Diffusion of Innovations in Service Organizations: A Systematic Literature Review**. Malden, MA: Blackwell Publishing, 2005.

GROL, R. Implementing guidelines in general practice care. **Qual Health Care**, v. 1, p. 184–91, 1992.

GROL, R.; GRIMSHAW, J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. **Lancet**, v. 362, n. 9391, p. 1225–30. 2003.

HAGGER, M. S.; CHATZISARANTIS, N. L. D. Integrating the theory of planned behaviour and self-determination theory in health behaviour: A meta-analysis. **British Journal of Health Psychology**, v. 14, n. 2, p. 275-302, 2009..

HAIR, J. F. Jr. *et al.* **Análise Multivariada de Dados**. Porto Alegre: Bookman, 2005.

HAIR, J. F. Jr. *et al.* **Análise Multivariada de Dados**. Porto Alegre: Bookman, 2009.

HARDEMAN, W. *et al.* Application of the Theory of Planned Behaviour in Behaviour Change Interventions: A Systematic Review. **Psychology & Health**, v. 17, n. 2, p. 123-158, 2002.

HAUSENBLAS, H. A.; CARRON, A. V.; MACK, D. E. APPLICATION OF THE THEORIES OF REASONED ACTION AND PLANNED BEHAVIOR TO EXERCISE BEHAVIOR: A META-ANALYSIS. **JOURNAL OF SPORT AND EXERCISE PSYCHOLOGY**, v. 19, n. 1, p. 36-51, 1997.

HEALTHY LIVES, Healthy People: Our strategy for public health in England Presented to Parliament by the Secretary of State for Health by Command of Her Majesty. 2010.

IOM, COMMITTEE ON QUALITY OF HEALTH CARE IN AMERICA; INSTITUTE OF MEDICINE STAFF. **Crossing the Quality Chasm: A new health system for the 21st century**. National Academies Press, 2001.

JACQUES, E. J.; GONÇALO, C. R. Gestão estratégica do conhecimento baseada na construção de protocolos médico-assistenciais: o compartilhamento de ideias entre parcerias estratégicas como vantagem competitiva. **Revista de Administração e Inovação**, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 106-124, 2007.

JAMOULLE, M. **Quaternary Prevention**: prevention as you never heard before (definitions for the four prevention fields as quoted in the WONCA international dictionary for general/family practice). Disponível em: <http://www.ulb.ac.be/esp/mfsp/quat-en.html>. Acesso em: 06 out. 2019.

KORTTEISTO, T. *et al.* Healthcare professionals' intentions to use clinical guidelines: a survey using the theory of planned behaviour. **Implementation Science**, v. 5, n. 1, p. 51, 2010.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011.

MACINKO, J.; GUANAIS, F. C.; DE SOUZA, M. F. M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990–2002. **Journal of Epidemiology & Community Health**, v. 60, n. 1, p. 13-19, 2006.

MARK, D. B.; HLATKY, M. A. Medical economics and the assessment of value in cardiovascular medicine: Part I. **Circulation**, v. 106, p. 516-20, 2002.

MCCOLL, E. *et al.* Design and use of questionnaires: A review of best practice applicable to surveys of health service staff and patients. **Health Technology Assessment Methodology**, v. 5, n. 31, 2001.

MCEACHAN R. R. C. *et al.* Prospective prediction of health-related behaviours with the Theory of Planned Behaviour: a meta-analysis. **Health Psychology Review**, v. 5, n. 2, p. 97-144, 2011. DOI: 10.1080/17437199.2010.521684.

MCKENNA, H.; ASHTON, S.; KEENEY, S. Barriers to evidence based practice in primary care: a review of the literature. **International Journal of Nursing Studies**, v. 41, n. 4, p. 369-378, 2004.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E. V. **Redes de Atenção à Saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2009.

MENDONÇA, C. S. **Interações por Condições Sensíveis à Atenção Primária e Qualidade da Saúde da Família em Belo Horizonte/Brasil**. 2016.

MENDONÇA, C. S.; REIS, A. T.; MORAES, J. C. (org.). **A Política de Regulação do Brasil**. Brasília: Organização Panamericana de Saúde, 2006.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C. R. (org.). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã, 1998. p. 103-20.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org.). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

MERHY, E. E.; CECÍLIO L. C. O. “Algumas reflexões sobre o singular processo de coordenação dos hospitais”. **Saúde Debate**, v. 22, n. 64, p. 110-12, 2003.

MERHY, E. E.; CECÍLIO, L. C. O.; NOGUEIRA, R. C. Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde. In: **Cadernos da Nona: descentralizando e democratizando o conhecimento**. 1992. p. 91-6.

MORRIS, Z. S.; WOODING, S.; GRANT, J. The answer is 17 years, what is the question: understanding time lags in translational research. **J Roy Soc Med**, v. 104, p. 510–20, 2011.

MOSER, C. A.; KALTON, G. **Social Methods in Social Investigation**. 2nd ed. Aldershot, Hants, England: Dartmouth Publishing Co, 1993.

NILSEN, P. *et al.* Creatures of habit: accounting for the role of habit in implementation research on clinical behaviour change. **Implement Sci**, v. 7, p. 53, 2012.

NITA, M. E. *et al.* Avaliação de tecnologias em saúde: evidência clínica, análise econômica e análise de decisão. In: **Avaliação de Tecnologias em Saúde: evidência clínica, análise econômica e análise de decisão**. 2010. p. 600-600.

OPAS, ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. “**Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas**” Washington, D.C.: OPS, 2008.

PAIM, J. S. Descentralização das ações e serviços de saúde no Brasil e a renovação da proposta “Saúde para Todos”. In: CONFERÊNCIA REGIONAL SOBRE TENDÊNCIAS FUTURAS E A RENOVAÇÃO DA META SAÚDE PARA TODOS. **Série Estudos em Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1998. 21 p.

PLATH, D. Organizational processes supporting evidence-based practice. **Adm. Soc. Work**, v. 37, n. 2, p. 171–188, 2013.

PLSEK, P. Redesigning health care with insights from the science of complex adaptive systems. In: **Institute of Medicine, Crossing the Quality Chasm**. Washington: National Academy Press, 2001. p. 309-22.

PORTO ALEGRE. **Memorando Circular 006/CMCE**. 11 dez. 2017.

RABIN, B. A.; BROWNSON, R. C. Developing the Terminology for Dissemination and Implementation Research. In: BROWNSON, R. C.; COLDITZ, G. A.; PROCTOR, E. K. (ed.). **Dissemination and Implementation Research in Health**. New York: Oxford University Press, 2012. p. 23–51. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-PT&lr=&id=ycM9DwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA19&dq=RABIN+BA,+BROWNSON+RC.+Developing+the+Terminology+for+Dissemination+and+Implementation+Research.+In:+Brownson+RC,+Colditz+GA,+Proctor+EK,+editors.+Dissemination+and+Implementation+Research+in+Health.+New+York:+Oxford+University+Press%3B+2012.+p.+23-51.&ots=bnQ-NIF59N&sig=bdMj5f8426jtfGUVycha2fxUUGg#v=onepage&q&f=false>. Acesso em: 14 out. 2019.

ROCHA, D. C. *et al.* **Gestão do Cuidado na Atenção Ambulatorial Especializada: Elementos para pensar uma política**. 2014.

RYCROFT-MALONE, J. The PARIHS framework—a framework for guiding the implementation of evidence-based practice. **Journal of Nursing Care Quality**, v. 19, n. 4, p. 297-304, 2004

SANTOS, D. S.; MISHIMA, S. M.; MERHY, E. E. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 861-870, 2018.

SANTOS, L. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1281-1289, abr. 2017.

SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde**. Os desafios da gestão interfederativa. Campinas: Saberes Editora, 2010.

SCHUSTER, M. A.; MCGLYNN, E. A.; BROOK, R. H. How good is the quality of healthcare in the United States?. **Milbank Quarterly**, v. 76, n. 4, p. 517-63, 509, 1998.

SEDDON, M. E. *et al.* Systematic review of studies of quality of clinical care in general practice in the UK, Australia and New Zealand. **Quality in Health Care**, v. 10, n. 3, p. 152-8, 2001.

SHEERAN, P.; ABRAHAM, C. Mediator of moderators: Temporal stability of intention and the intention-behavior relation. **Personality and Social Psychology Bulletin**, v. 29, n. 2, p. 205-215, 2003.

SLADE, S. *et al.* Barriers to primary care clinician adherence to clinical guidelines for the management of low back pain: a systematic review and meta-synthesis of qualitative studies. In: **ACR/ARHP**. 2015. p. 2334-2335.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf. Acesso em: 11 set. 2019.

STARFIELD, B. *et al.* **Primary care: concept, evaluation, and policy**. Oxford: University Press, 1992.

STARFIELD, B. **Primary care: balancing health needs, services, and technology**. Oxford: University Press, USA, 1998.

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. **The Milbank Quarterly**, v. 83, n. 3, p. 457–502, 2005. doi:10.1111/j.1468-0009.2005.00409.

STEINMETZ, H. *et al.* How effective are behavior change interventions based on the theory of planned behavior?. **Zeitschrift für Psychologie**, 2016.

SUTTON, S.; RUTTER, D.; QUINE, L. Using social cognition models to develop health behaviour interventions. **Health Psychology**, v. 122, 2010. Disponível em: https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=yRnxqo-3sQcC&oi=fnd&pg=PA122&dq=Predicting+health+behaviour:+Research+and+practice+with+social+cognition+models.+Buckingham&ots=c5vvlAK4EC&sig=AvNYZ-ZZILhF2TITUhVb-0RVA_8#v=onepage&q=Predicting%20health%20behaviour%3A%20Research%20and%20practice%20with%20social%20cognition%20models.%20Buckingham&f=false. Acesso em: 01 set. 2019.

TOMA, T. S. (org.). *et al.* Avaliação de Tecnologias de Saúde & Políticas Informadas por Evidências. In: **Avaliação de Tecnologias de Saúde & Políticas Informadas por Evidências**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2017. p. 458.

WHO. World Health Organization. **Declaration of Alma-Ata**. International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata: World Health Organization; 1978.

WHO. World Health Organization. **WHA58.34**: ministerial summit on health research [internet]. 2005. Disponível em: http://www.wpro.who.int/health_research/policy_documents/ministerial_summit_on_health_research_may2005.pdf?ua=1. Acesso em: 25 ago. 2019.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO-BASE
QUESTIONÁRIO-BASE PARA COLETA DE DADOS

Por favor, Disponha de alguns minutos para nos dizer o que você pensa sobre a possibilidade de utilizar Protocolos de Encaminhamento para tomada de decisão clínica. Estamos interessados em suas opiniões pessoais, por favor, liste os pensamentos que lhe vêm imediatamente à mente. Não há respostas certas ou erradas.

1) Você tem vários Protocolos de Encaminhamento à disposição:

O que você vê como vantagens do uso de Protocolos de Encaminhamento na sua prática clínica?

O que você vê como vantagens do uso do Protocolo de Encaminhamento de Neurologia disponibilizado pela SMS na sua prática clínica?

O que você vê como desvantagens do uso de Protocolos de Encaminhamento na sua prática clínica?

O que você vê como desvantagens do uso do Protocolo de Encaminhamento de Neurologia disponibilizado pela SMS na sua prática clínica?

O que mais vem à mente quando você pensa sobre o uso de Protocolos de Encaminhamento na sua prática clínica?

O que mais vem à mente quando você pensa sobre o uso do Protocolo de Encaminhamento de Neurologia disponibilizado pela SMS na sua prática clínica?

2) Quando se trata do uso ou não de Protocolos de Encaminhamento:

Por favor, liste os indivíduos ou grupos que aprovariam a sua decisão de adotar Protocolos de Encaminhamento:

Por favor, liste os indivíduos ou grupos que não aprovariam a sua decisão de adotar Protocolos de Encaminhamento:

Por favor, liste os indivíduos ou grupos que são mais propensos a adotar Protocolos de Encaminhamento:

Por favor, liste os indivíduos ou grupos que são menos propensos a adotar Protocolos de Encaminhamento:

Quais circunstâncias ou fatores permitem ou facilitam o uso de Protocolos de Encaminhamento na sua prática clínica cotidiana?

Quais circunstâncias ou fatores atrapalham ou impossibilitam o uso de Protocolos de Encaminhamento na sua prática clínica cotidiana?

Existe alguma outra coisa que você associe à adoção de Protocolos de Encaminhamento?

2) Quando se trata do uso ou não do Protocolo de Encaminhamento de Neurologia disponibilizado pela SMS:

Por favor, liste os indivíduos ou grupos que aprovariam a sua decisão de adotar o Protocolo de Encaminhamento de Neurologia disponibilizado pela SMS:

Por favor, liste os indivíduos ou grupos que não aprovariam a sua decisão de adotar o Protocolo de Encaminhamento de Neurologia disponibilizado pela SMS:

Por favor, liste os indivíduos ou grupos que são mais propensos a adotar o Protocolo de Encaminhamento de Neurologia disponibilizado pela SMS:

Por favor, liste os indivíduos ou grupos que são menos propensos a adotar o Protocolo de Encaminhamento de Neurologia disponibilizado pela SMS:

Quais circunstâncias ou fatores permitem ou facilitam o uso do Protocolo de Encaminhamento de Neurologia na sua prática clínica cotidiana?

Quais circunstâncias ou fatores atrapalham ou impossibilitam o uso do Protocolo de Encaminhamento de Neurologia na sua prática clínica cotidiana?

Existe alguma outra coisa que você associe à adoção do Protocolo de Encaminhamento de Neurologia?

APÊNDICE B - Questionário-FINAL

Informações Gerais**Obrigatório***1. Nome completo: ***

2. Gênero: **Marcar apenas uma oval.*☐ Homem☐ Mulher**3. Ano de formatura na graduação: ***

4. Pós-graduação: **Marque todas que se aplicam.*☐ Sem pós-graduação☐ 01 ou mais Especializações☐ Mestrado e/ou Doutorado**5. Vínculo de trabalho: ****Marcar apenas uma oval.*☐ Projeto Mãe Médicos do Brasil☐ IMESF - Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família☐ Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA - professor☐ Médico(a) residente☐ Regime estatutário - Prefeitura Municipal de Porto Alegre☐ Cedido(a) à Prefeitura de Porto Alegre☐ Grupo Hospitalar Conceição - GHC☐ Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA - contratado☐ Outro:

6. Você conhece os Protocolos de Encaminhamento adotados pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre? **Marcar apenas uma oval.*☐ Sim☐ Não

13. A utilização de Protocolos de Encaminhamento evita encaminhamentos desnecessários e diminui o tempo de espera nas filas para atendimento em outros níveis de Atenção. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo totalmente	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Concordo totalmente

14. Protocolos de Encaminhamento induzem o cuidado 'padronizado' sem considerar aspectos individuais e/ou fatores externos à condição clínica. *

Marcar apenas uma oval.

[illegible]

15. A utilização de Protocolos de Encaminhamento contribui para a organização da rede e o controle do gasto de recursos públicos. *

Marcar apenas uma oval.

[illegible]

16. Meus colegas de trabalho gostariam que eu utilizasse Protocolos de Encaminhamento na minha prática cotidiana. *

Marcar apenas uma oval.

[illegible]

17. Meus pacientes gostariam que eu utilizasse Protocolos de Encaminhamento na minha prática cotidiana. *

Marcar apenas uma oval.

[illegible]

18. Gestores/coordenadores/supervisores gostariam que eu utilizasse Protocolos de Encaminhamento na minha prática cotidiana. *

Marcar apenas uma oval.

[illegible]

19. Sinto-me pressionado(a) a utilizar Protocolos de Encaminhamento na minha prática cotidiana. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo totalmente	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Concordo totalmente

20. No geral, meus colegas de trabalho utilizam Protocolos de Encaminhamento na sua prática cotidiana. *

Marcar apenas uma oval.

[illegible]

21. Ter conduta parecida com a dos meus colegas de trabalho quanto à utilização de Protocolos de Encaminhamento é importante pra mim. *

Marcar apenas uma oval.

[illegible]

22. O que o gestor/coordenador/supervisor pensa sobre a minha decisão de utilizar ou não Protocolos de Encaminhamento na minha prática cotidiana é importante pra mim. *

Marcar apenas uma oval.

[illegible]

23. Estou confiante que posso utilizar Protocolos de Encaminhamento na minha prática cotidiana. *

Marcar apenas uma oval.

[illegible]

24. A decisão de utilizar Protocolos de Encaminhamento depende somente de mim. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Concordo totalmente	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Discordo totalmente

25. Quando há muitos pacientes para atender e/ou eu me sinto sobrecarregado(a) de trabalho é... *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Menos provável que eu utilize Protocolos de Encaminhamento	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Mais provável que eu utilize Protocolos de Encaminhamento

26. Quando estou fazendo uma cobertura, atendendo em uma unidade diferente, atendendo usuários que não conheço é... *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Menos provável que eu utilize Protocolos de Encaminhamento	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Mais provável que eu utilize Protocolos de Encaminhamento

27. Quando o protocolo está incorporado e disponível no sistema de registro e/ou sistema de encaminhamento é... *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Menos provável que eu utilize Protocolos de Encaminhamento	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Mais provável que eu utilize Protocolos de Encaminhamento

Até que ponto os seguintes fatores impedem ou facilitam a utilização de Protocolos de Encaminhamento na sua prática cotidiana?

28. Falta de estrutura física, de equipamentos e de internet.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Impede em grande medida	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Facilita em grande medida

29. Fácil acesso aos Protocolos de Encaminhamento.*Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	6	7	
impede em grande medida	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Facilita em grande medida

30. Excesso de demanda na unidade/tempo insuficiente durante as consultas.*Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	6	7	
impede em grande medida	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Facilita em grande medida

Powered by



**APÊNDICE C – ARTIGO A SER SUBMETIDO À REVISTA DE SAÚDE
PÚBLICA**

**Fatores associados à adoção de Protocolos de Encaminhamento
na Atenção Primária à Saúde**

Marina Manzano Capeloza Pilz¹. Claunara Schilling Mendonça². Vânia Naomi Hirakata³. Carlos Pilz⁴

- 1 Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Ensino e Pesquisa. Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Tecnologias para o SUS.
- 2 Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Ensino e Pesquisa. Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Tecnologias para o SUS.
- 3 Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Ensino e Pesquisa. Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Tecnologias para o SUS.
- 4 Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família – IMESF.

Correspondência:

Marina manzano Capeloza Pilz
Avenida Alegrete, 246
90460-100, Porto Alegre, RS, Brasil
E-mail: marinacapeloza@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Identificar e analisar fatores associados à intenção de adoção de Protocolos de Encaminhamento (PE) por médicos da Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre, tomando como referencial teórico a Teoria do Comportamento Planejado. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal de natureza exploratória e caráter descritivo realizado com 81 médicos da Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre em duas etapas: 1. Aplicação de Questionário-BASE com questões abertas em parte da amostra para identificação de Crenças Modais e 2. Aplicação de Questionário-FINAL com questões objetivas elaborado a partir dos resultados do Questionário-BASE para identificação dos fatores associados à Intenção Comportamental. A consistência interna e a confiabilidade foram verificadas através do Coeficiente Alfa de Cronbach e as variáveis independentes avaliadas através de análise multivariada e Regressões Lineares Múltiplas. Para verificar a força e o tipo das relações existentes utilizou-se a análise do coeficiente de Correlação de Pearson(r). **Resultados:** Os resultados demonstram que a intenção de utilizar PE foi mais frequentemente positiva do que negativa e que as variáveis hipotetizadas pela teoria como preditivas da Intenção Comportamental foram estatisticamente significantes. A Atitude ($r=0,478$) foi o preditor mais forte, seguido pelo Controle Comportamental Percebido ($r=0,442$) e pela Norma Subjetiva ($r=0,307$). As crenças relacionadas à utilidade e à facilidade de uso dos protocolos desempenharam um papel importante na intenção de adoção da tecnologia. Apesar de 89% dos médicos(as) conhecerem os PE, 31% consideram difícil utilizá-los cotidianamente. Dentre as variáveis de características individuais e organizacionais, apenas a variável tempo de formado demonstrou interferência na intenção. **Conclusões:** Os médicos(as) da APS têm intenção de adotar PE na sua prática cotidiana. Estratégias para reforçar os benefícios da adoção, melhorar a facilidade de uso e amenizar o contexto de sobrecarga de trabalho parecem medidas relevantes para a adoção da tecnologia, especialmente para os médicos com mais tempo de formado.

Descritores: Teoria do Comportamento Planejado; Diretrizes Clínicas; Protocolos de Encaminhamento; Atenção Primária à Saúde.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde e tem papel estratégico principalmente no que se refere à integração e coordenação do cuidado em articulação com a Atenção Secundária e Terciária. Para isto, muitas vezes, é necessário lançar mão de tecnologias que apoiem e qualifiquem o cuidado prestado pelas equipes e contribuam para a conexão entre os pontos de atenção.

Protocolos de Encaminhamento são diretrizes de práticas clínicas que cumprem este objetivo pois apoiam a decisão do profissional de saúde quanto ao encaminhamento do usuário para outros serviços através da sistematização da indicação clínica e classificação de risco^{1,2}.

Esta tecnologia é um dos meios de incorporação de evidência científica na prática clínica - Prática Baseada em Evidências (PBE) - e um importante dispositivo para a qualificação do cuidado de saúde, prevenção quanto a intervenções inapropriadas³, organização do acesso e otimização de recursos^{4,5,6}.

Nos últimos anos o Ministério da Saúde publicou Protocolos de Encaminhamento da Atenção Básica para Atenção Especializada em 10 especialidades médicas. Parte destes protocolos estão recomendados formalmente pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Porto Alegre para uso dos profissionais da APS e alguns até mesmo incorporados ao Sistema utilizado pelo município para a regulação do acesso às consultas especializadas (GERCON - Sistema Gerenciamento de Consultas)⁷.

No entanto, é importante ressaltar que a adoção de Diretrizes/Protocolos Clínicos por profissionais de saúde é inconsistente^{8,9,10}. Pesquisas realizadas na área sugerem vários obstáculos para adoção deste tipo de tecnologia pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde que vão desde o desconhecimento sobre as diretrizes, avaliação quanto a sua utilidade, discordância com conteúdo, sobrecarga de trabalho ou mesmo inércia da prática cotidiana^{11,12}.

Nas últimas décadas de implementação da ciência tem-se um crescente interesse no uso de teorias para compreender os mecanismos pelos quais a implementação de uma tecnologia pode ser bem sucedida aplicando teorias emprestadas de disciplinas como psicologia e sociologia¹³.

A Teoria do Comportamento Planejado (TCP) é o modelo da Psicologia Social que se destaca como a teoria de cognição social mais amplamente estudada^{14,15,16,17,18}. Baseia-se na premissa de que a Intenção Comportamental é o antecessor imediato dos comportamentos nos quais o indivíduo exerce um domínio volitivo, sendo influenciada por três componentes: Atitude, Norma Subjetiva e Controle Comportamental Percebido¹⁹.

O constructo Atitude consiste na avaliação favorável ou desfavorável sobre o comportamento em questão. A Norma Subjetiva é influenciada pela forma como as pressões sociais são percebidas pelo indivíduo para adotar ou não um determinado comportamento²⁰. E o constructo Controle Comportamental Percebido representa a crença sobre o quanto é fácil ou difícil adotar um determinado comportamento²¹.

Segundo Kortteisto¹², a TCP é a base teórica adequada para implantação e implementação de Diretrizes/Protocolos Clínicos em práticas de saúde pois contribui na identificação dos fatores relacionados à disposição dos profissionais em adotar esta tecnologia e na possibilidade de atuar na conversão de intenções comportamentais que precedem o comportamento em si.

Considerando a normatização dos Protocolos de Encaminhamento como tecnologia que rege a definição de grande parte das referências realizadas pela APS de Porto Alegre, é importante identificar os mecanismos que podem estar relacionados ao sucesso ou não de sua implementação.

Diante disto, o presente estudo pretende identificar e analisar os fatores associados à intenção de adoção de Protocolos de Encaminhamento por médicos(as) que trabalham na Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre, tomando como referencial teórico o modelo da Teoria do Comportamento Planejado e assim colaborar na definição de estratégias e intervenções mais eficazes para a ampliação do seu uso e no direcionamento Políticas Públicas de Saúde relacionadas.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal de natureza exploratória e caráter descritivo com abordagem quantitativa²². Foi realizado com médicos(as) Clínicos Gerais, Generalistas, médicos(as) de Família e Comunidade e residentes da Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre entre maio e setembro de 2019.

A amostra foi randomizada e 220 médicos(as) convidados a participar do estudo através de contato eletrônico via email e aplicativo de mensagens instantâneas com envio de link para resposta do questionário digital e contato pessoal com entrega de questionários impressos. A taxa de resposta foi de 36,8% e a amostra final, limitada pelo tempo previsto para coleta de dados, foi de 81 médicos(as) participantes, o que representa 19,5% do total de médicos(as) atuantes na APS do município naquele período. Quanto ao vínculo de trabalho, os profissionais foram agrupados nas seguintes categorias:

- a) PMM - Programa Mais Médicos do Brasil²³;
- b) CLT - médicos regidos pelas leis do trabalho²⁴, entre estes estão os profissionais contratados pelo Instituto Municipal de Saúde da Família (IMESF) ou por prestadores privados contratados/credenciados pela Prefeitura Municipal de Saúde;
- c) Estatutários - médicos regidos pelo Regime Jurídico dos Servidores Públicos da Prefeitura Municipal de Porto Alegre e do Governo do Rio Grande do Sul ou do Quadro do Hospital de Clínicas de Porto Alegre/ Universidade Federal do Rio Grande do Sul;
- d) GHC - médicos(as) constantes do quadro do Grupo Hospitalar Conceição;
- e) Residentes – médicos(as) incritos em Residência médica com estágio na APS;

Para a identificação dos fatores relacionados à intenção de adoção dos Protocolos de Encaminhamento segundo a Teoria do Comportamento Planejado, o estudo foi realizado em duas etapas^{19,25,26}. Na primeira etapa foi aplicado um Questionário-BASE para identificação de Crenças Salientes Modais relacionadas aos constructos da teoria. O Questionário-BASE foi elaborado com questões abertas para respostas livres e aplicado a uma pequena parcela da amostra considerada como representativa da amostra total. As respostas foram categorizadas e listadas em ordem de frequência para cada um dos constructos e o resultado convertido em declarações utilizadas na elaboração do Questionário-FINAL^{27,26}. Além de fornecer subsídios mais potentes para a elaboração do Questionário-FINAL, a identificação das crenças específicas permite melhor entendimento sobre os processos pelos quais as intervenções podem operar²⁸.

As declarações foram medidas a partir de uma escala objetiva do tipo Likert com a seguinte distribuição: 02 (duas) declarações para aferição da intenção dos participantes em adotar Protocolos de Encaminhamento na sua prática clínica cotidiana, 06 (seis) declarações relacionadas ao constructo Atitude, 07 (sete) declarações relacionadas ao constructo Norma Subjetiva e 09 (nove) declarações relacionadas ao constructo Controle Comportamental Percebido, resultando em um questionário de 24 itens.

Para as análises estatísticas foram realizados testes paramétricos com *SPSS*® (Statistical Package for Social Sciences) versão 16.0.

A consistência interna e a confiabilidade dos dados foram verificadas através do Coeficiente Alfa de Cronbach que reflete o grau de covariância entre os itens de uma escala²⁹. A confiabilidade é a capacidade em reproduzir um resultado de forma consistente no tempo e no espaço ou a partir de observadores diferentes. Trata-se de um importante critério de qualidade de um instrumento, indicando aspectos sobre coerência, precisão, estabilidade e homogeneidade³⁰.

Testes de normalidade Shapiro-Wilk foram realizados para determinar se o conjunto dos dados foi bem modelado por distribuição normal e as variáveis independentes (fatores associados à escala de intenção) foram avaliadas através de análise multivariada para identificação de modelos preditores e análise de interação com ANOVA multivariada e Regressões Lineares Múltiplas.

Para verificar a força e o tipo das relações existentes entre os construtos Atitude, Norma Subjetiva e Controle Percebido com a Intenção Comportamental foi adotada a análise do coeficiente de Correlação de Pearson(r). Essa análise mede o grau da correlação linear entre duas variáveis quantitativas. Em termos estatísticos, duas variáveis se associam quando elas guardam semelhanças na distribuição dos seus escores, sendo uma medida da variância compartilhada entre duas variáveis³¹.

Este projeto foi submetido e aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição e da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Foi conduzido dentro de padrões éticos e conforme a Resolução nº 466/12 sobre a pesquisa envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde³².

RESULTADOS

O estudo foi realizado com 81 médicos(as) atuantes na Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre, conforme distribuição apresentada na tabela 01.

O Coeficiente Alfa de Cronbach geral do Questionário-FINAL foi de 0,882, considerado satisfatório por vários autores que afirmam que valores superiores a 0,7 garantem a consistência interna de um instrumento^{33,34}.

Este teste também foi realizado para o conjunto de itens agrupados segundo a Teoria do Comportamento Planejado, avaliando a correlação dos itens entre eles e com o constructo que representam, com resultado satisfatório quanto à avaliação de confiabilidade. Para aumentar a acurácia do estudo, foram retiradas da análise final os itens Q16 e Q22 que demonstraram baixa correlação item-total quando o padrão de resposta não segue o padrão do total de respostas do instrumento (tabela 02). Com base nas análises, pode-se afirmar que o instrumento utilizado é considerado consistente e preciso e que o conjunto de itens/declarações de cada constructo tende ao mesmo conceito, demonstrando a validade convergente das escalas utilizadas³⁵.

A intenção de utilizar Protocolos de Encaminhamento foi mais frequentemente positiva do que negativa. No geral, 38% dos participantes indicaram uma intenção absolutamente positiva, enquanto apenas 2% indicou pontos de vista absolutamente negativos. O escore médio da variável intenção (variável dependente) foi de 6 pontos.

Grande parte (88,9%) dos(as) médicos(as) relataram conhecer os Protocolos de Encaminhamento adotados pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Somente entre os profissionais do GHC e residentes não houve resposta negativa quanto ao conhecimento dos Protocolos de Encaminhamento, todos os outros vínculos tiveram algum(ns) médicos(as) afirmando desconhecê-los. A Intenção Comportamental se manteve independente da indicação quanto ao conhecimento dos PE adotados formalmente.

Conforme demonstrado na tabela 03, fatores como gênero, tipo de vínculo e pós-graduação não exercem influência sobre a intenção. Dentre as variáveis de características individuais e organizacionais, apenas a variável *tempo de formado* demonstrou interferência na intenção dos médicos(as) em adotar Protocolos de Encaminhamento na sua prática cotidiana. Os profissionais com mais de 10 anos de

formados apresentaram intenções mais fracas em comparação com médicos com menos tempo de formados na graduação.

As variáveis hipotetizadas pela Teoria do Comportamento Planejado como preditivas da intenção foram estatisticamente significantes, variando de 0,554 a 0,692. O teste apontou que os três constructos se correlacionam significativamente com a Intenção Comportamental (variável dependente). O estudo demonstrou que os testes prospectivos da TCP fornecem fortes previsões da Intenção Comportamental. A Atitude foi o preditor mais forte, seguido pelo Controle Comportamental Percebido e pela Norma Subjetiva. Constatou-se que o conjunto dos constructos (Atitude, Norma Subjetiva e Controle Comportamental Percebido) predizem 58% da variância na intenção de adotar Protocolos de Encaminhamento sendo que a Atitude explica 48% da variância e o Controle Comportamental Percebido 44%, conforme apresentado na tabela 04.

DISCUSSÃO

O desafio de oferecer à população assistência de qualidade, mantendo a eficiência e economicidade do sistema, a partir do uso de tecnologias em saúde como Protocolos de Encaminhamento, depende não somente da produção da tecnologias, mas sobretudo da sua efetiva implantação/adoção³⁶. Segundo IOM⁶ para garantir que novos conhecimentos sejam incorporados à prática é preciso uma compreensão completa de como as mudanças são gerenciadas com mais eficácia nos cuidados de saúde, incluindo as barreiras e facilitadores das mudanças.

Os resultados deste estudo indicam que os constructos da Teoria do Comportamento Planejado (TCP) são importantes fatores associados à intenção dos médicos(as) da APS de Porto Alegre de utilizar Protocolos de Encaminhamento na sua prática clínica e sugerem, como percebido em outros estudos, que a TCP pode ser base teórica adequada para a implantação/implementação de Protocolos de Encaminhamento^{37,38,12,39}.

As variáveis hipotetizadas pela Teoria do Comportamento Planejado como preditivas da intenção se correlacionam significativamente com a Intenção Comportamental, achado consistente com a afirmação da teoria de que é preciso que a Atitude e a Norma Subjetiva combinadamente com a Percepção de Controle estejam correlacionadas com a intenção para que esta seja mais forte²⁰.

No geral, os médicos(as) relatam conhecer os Protocolos de Encaminhamento formalmente adotados pela Secretaria Municipal de Porto Alegre e este não foi um fator importante de influência sobre a intenção de adoção.

Destaca-se a forte intenção de usar PE entre os médicos pesquisados em particular entre os formados há menos tempo. Médicos(as) com menos de dez anos de formados tem maior intenção de adotar Protocolos de Encaminhamento que os médicos(as) formados há mais de dez anos.

O conjunto dos constructos (Atitude, Norma Subjetiva e Controle Comportamental Percebido) foram responsáveis por 58% da variância na intenção de adotar Protocolos de Encaminhamento. Kortteisto¹² em estudo transversal similar quanto à adoção de Diretrizes Clínicas, realizado com médicos e outros profissionais de saúde da Finlândia, apontou 48% de variância na intenção entre médicos. Outros estudos que utilizaram a teoria para análise de diversos comportamentos apontam entre 39% a 44% da variância^{21,40}.

Ao analisarmos cada constructo em separado temos que a Atitude explica 47,8% da variância e o Controle Percebido 44,2% e a Norma Subjetiva 30,7%. Isto é, para os médicos(as) da APS de Porto Alegre as vantagens da adoção dos PE e a sua percepção quanto às facilidades em usá-los são os fatores preponderantes. Segundo McEachan et al.⁴⁰, do ponto de vista da intervenção para mudança do comportamento, as intenções são importantes preditores de comportamento e a Atitude o mais importante preditor de intenção.

Em um estudo sobre o uso de produtos baseados em tecnologia⁴¹, apontaram também que a utilidade tinha maior influência do que a facilidade de uso na previsão naquele comportamento.

Chama a atenção em particular a força da crença quanto ao efeito dos PE sobre a orientação e agilidade na tomada de decisão ($r=0,69$) e sobre sua capacidade de evitar encaminhamentos desnecessários e diminuir o tempo de espera nas filas para atendimento em outros níveis de atenção ($r=0,69$) sugerindo que estas duas 'vantagens' desempenham um papel fundamental na intenção de adoção da tecnologia. Grande parte dos médicos(as) pesquisados (74%) acreditam que os PE orientam e agilizam a tomada de decisão e 71,6% acreditam que os Protocolos de Encaminhamento evitam encaminhamentos desnecessários e diminuem o tempo de espera nas filas para atendimento em outros níveis de Atenção.

Além disto, a percepção quanto à utilidade da tecnologia ($r=0,67$) também exerce importante influência sobre a intenção e 70,4% dos(as) médicos(as) pesquisados acreditam ser uma tecnologia útil.

O construto Controle Percebido foi o segundo maior preditor para a intenção Comportamental explicando 44,2% da variância. Além de se relacionar com a Intenção Comportamental, os resultados também demonstraram uma alta concordância dos respondentes ao construto. Este achado converge com resultados de outros estudos sobre a adoção de diretrizes clínicas que também indicaram que os médicos(as) que tinham uma visão mais positiva dos contextos e dos fatores facilitadores, pretendiam usar diretrizes de prática clínica com mais frequência¹².

A crença específica quanto à facilidade do uso dos Protocolos de Encaminhamento demonstrou-se a mais importante dentro do constructo em relação à Intenção comportamental ($r=0,62$). A análise da frequência demonstra que 30,9% dos médicos consideram difícil utilizar PE na sua prática clínica cotidiana.

A segunda crença específica do constructo Controle Comportamental Percebido com maior influência em relação à intenção foi verificada com a seguinte declaração: *Estou confiante que posso utilizar Protocolos de Encaminhamento na minha prática clínica cotidiana* ($r=0,55$). É possível conferir que os médicos(as) consideraram a utilização dos protocolos como compatível com sua prática clínica cotidiana, já que 67,9% dos participantes referem estar confiantes de que podem utilizá-los.

A crença sobre a sobrecarga de trabalho segue como a terceira crença específica do constructo a se relacionar significativamente com a Intenção Comportamental ($r=0,46$) e 59,3% dos(as) médicos(as) indicaram que a sobrecarga de trabalho influencia negativamente a utilização de Protocolos de Encaminhamento.

A carga de trabalho é uma das barreiras mais citadas em estudos sobre implantação de Práticas Baseadas em Evidência (PBE). Williams, Perillo e Brown⁴² destacam que os cuidados de saúde dependem fortemente do tempo e que as equipes de saúde estão sob pressão de demandas crescentes, sendo solicitadas a lidar com usuários mais agudamente doentes em menos tempo, o que deixa a equipe com pouco ou nenhum tempo protegido para se dedicar à PBE, mesmo quando há intenção de integrá-la a sua rotina^{43,42}.

Vários estudos trazem que os médicos relatam que o tempo necessário para utilizar Diretrizes/Protocolos Clínicos na rotina cotidiana excede o tempo alocado

para uma consulta padrão^{44,6,45,46,42}. Mesmo que o gerenciamento do tempo seja uma habilidade importante para os profissionais de saúde, o apoio para gerenciar a carga de trabalho e a garantia de oportunidades regulares e programadas para os profissionais investirem parte do seu tempo de trabalho à PBE é de responsabilidade da gestão^{44,6,45,46,42}. Apesar das melhores intenções, não se pode esperar que os médicos adotem esta tecnologia sob condições normais de prática em que o número de variáveis a serem consideradas é grande, mas os recursos, incluindo o tempo, são severamente limitados. É preciso garantir rotinas mais “amigáveis”.

Barreiras relacionadas ao acesso às tecnologias também são seguidamente citadas em estudos de implantação de PBE e mais especificamente na implantação de Diretrizes/Protocolos Clínicos^{12,47,41}. Os resultados deste estudo, mostram que 81,5% dos médicos da APS de Porto Alegre entendem que o fácil acesso aos Protocolos de Encaminhamento maximiza a probabilidade de sua utilização.

A incorporação e disponibilidade do Protocolo de Encaminhamento no sistema de registro e/ou no sistema de encaminhamento é a condição com menor influência na intenção ($r=0,32$) dentro do constructo, no entanto, 85,2% dos participantes afirmam que quando o protocolo está incorporado e disponível no sistema de registro e/ou sistema de encaminhamento é mais provável que este seja utilizado na prática clínica. Um crescente corpo de evidências demonstra que o uso de diretrizes associadas a outras ferramentas de suporte, como sistemas de lembretes, podem melhorar os cuidados de saúde⁴⁴.

A incorporação de alguns Protocolos de Encaminhamento ao sistema de regulação do acesso às consultas especializadas (GERCON) não somente como consulta, disponibilizando fácil acesso ao material, mas utilizando seus critérios para classificar o risco do usuário no momento da solicitação de encaminhamento parece ser um mecanismo útil para aumentar a facilidade de uso e disponibilidade dos protocolos.

O construto Norma Subjetiva apresentou a menor predição indicando que, mesmo quando os(as) médicos(as) percebem a pressão social para adotar os PE, há pouca alteração quanto a sua Intenção Comportamental. Este achado condiz Trabalhos anteriores observaram que a Norma Subjetiva é o mais fraco preditor da Teoria do Comportamento Planejado avaliando diversos comportamentos^{48,49,50}.

Assim, os resultados indicam que fatores contextuais são barreiras à adoção de PE pelos médicos da APS de Porto Alegre quando guardam importante relação

com a intenção Comportamental. Estratégias para melhorar a facilidade de uso, o acesso com ferramentas automatizadas de apoio à decisão, pode ser importantes estratégias como sobrecarga de trabalho e dificuldade de acesso

É importante que os gestores invistam na discussão com os profissionais sobre os benefícios da adoção dos Protocolos de Encaminhamento principalmente quanto ao apoio técnico e contribuição na precisão e agilidade na tomada de decisão. Apoiar a adoção exige também a reorganização dos padrões de trabalho para que não haja sobrecarga para o profissional e para que o tempo necessário ao estudo e discussão de casos com base nos protocolos seja garantido dentro do seu horário de trabalho. O investimento para aumentar a facilidade de uso e na adequação do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) e do Sistema de Gerenciamento de Consultas (GERCON) para que os PE façam parte da classificação de risco ou estejam disponíveis, inclusive como lembretes (*pop-ups*), quando um agravo para o qual já existem critérios de encaminhamento faça parte da hipótese diagnóstica ou motivo do encaminhamento parece ser outra medida relevante para a adoção da tecnologia.

Com os achados apresentados, este estudo pretende contribuir para a definição de estratégias que fortaleçam a adoção de Protocolos de Encaminhamento pelos(as) médicos(as) da APS e para o direcionamento de Políticas Públicas de Saúde relacionadas.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2011; 29 jun.
2. Brasil. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União; 2017.
3. Jamoulle M. Quaternary prevention: prevention as you never heard before (definitions for the four prevention fields as quoted in the WONCA international dictionary for general/family practice). [cited 2019 Oct 06]. Available from: <http://www.ulb.ac.be/esp/mfsp/quat-en.html>.
4. Mark DB, Hlatky MA. Medical economics and the assessment of value in cardiovascular medicine: Part I. Circulation. 2002;106:516-20.
5. Jacques EJ, Gonçalo CR. Gestão estratégica do conhecimento baseada na construção de protocolos médico-assistenciais: o compartilhamento de ideias entre parcerias estratégicas como vantagem competitiva. Revista de Administração e Inovação. São Paulo. 2007;4(1):06-24.
6. Committee on Quality of Health Care in America; Institute of Medicine Staff. Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century. National Academies Press; 2001.
7. Porto Alegre. Memorando Circular 006/CMCE, 11 de dezembro de 2017.

8. Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet*. 2003;362(9391):1225–30.
9. Schuster MA, McGlynn EA, Brook RH. How good is the quality of healthcare in the United States?. *Milbank Quarterly*. 1998;76(4):517-63, 509.
10. Seddon ME, Marshall MN, Campbell SM, Roland MO. Systematic review of studies of quality of clinical care in general practice in the UK, Australia and New Zealand. *Quality in Health Care*. 2001;10(3):152–8.
11. Slade SC, et al. Barriers to primary care clinician adherence to clinical guidelines for the management of low back pain. *The Clinical Journal of Pain*. 2015;32(9):800-16. DOI:10.1097/AJP.00000000000003242015.
12. Kortteisto T, et al. Healthcare professionals' intentions to use clinical guidelines: a survey using the theory of planned behaviour. *Implementation Science*. 2001;5(1):51.
13. RABIN, BA.; BROWNSON, RC. Developing the Terminology for Dissemination andImplementation Research. In: BROWNSON, R. C.; COLDITZ, G. A.; PROCTOR, E. K. (ed.). *Dissemination and Implementation Research in Health*. New York: Oxford University Press, 2012. p. 23–51. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-PT&lr=&id=ycM9DwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA19&dq=RABIN+BA,+BROWNSON+RC.+Developing+the+Terminology+for+Dissemination+andImplementat+Research.+In:+Brownson+RC,+Colditz+GA,+Proctor+EK,+editors.+Dissemination+and+Implementation+Research+in+Health.+New+York:+Oxford+University+Press%3B+2012.+p.+23–51.&ots=bnQ-NIF59N&sig=bdMj5f8426jtfGUVycha2fxUUGg#v=onepage&q&f=false>. Acesso em: 14 out. 2019.

14. Hagger MS, Chatzisarantis NLD. Integrating the theory of planned behaviour and self-determination theory in health behaviour: A meta-analysis. *British Journal of Health Psychology*. 2009;14(2):275-302.
15. Hardeman W, Johnston M, Johnston D, Bonetti D, Nicholas Wareham, Ann Louise Kinmonth. Application of the Theory of Planned Behaviour in Behaviour Change Interventions: A Systematic Review, *Psychology & Health*. 2002;17:2:123-58.
16. Nilsen P, Roback K, Broström A, Ellström PE. Creatures of habit: accounting for the role of habit in implementation research on clinical behaviour change. *Implement Sci*. 2012;7:53.
17. French D, Vedhara K, Kaptein AA, Weinman J. *Health Psychology*. Second Edition. September 2010. ISBN: 978-1-405-19460-0. [cited 2019 Oct 06]. Available from: https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=yRnxqo-3sQcC&oi=fnd&pg=PA122&dq=Predicting+health+behaviour:+Research+and+practice+with+social+cognition+models.+Buckingham&ots=c5vvlAK4EC&sig=AvNYZ-ZZILhF2TITUhVb-0RVA_8#v=onepage&q=Predicting%20health%20behaviour%3A%20Research%20and%20practice%20with%20social%20cognition%20models.%20Buckingham&f=false
18. Conner M, Norman P. Predicting health behaviour: Research and practice with social cognition models. Buckingham, UK: Open University Press. Johnston, M. (2005). Means and meanings in health psychology. *European Health Psychologist*, 2005;1:6–8.
19. Ajzen I. Perceived behavioral control, self-efficacy, locus of control, and the theory of planned behavior 1. *Journal of Applied Social Psychology*. 2002;32(4):665-83.

20. Ajzen I. The Theory of Planned Behavior: Organizational Behavior and Hum. Decis; 1991.
21. McEachan RRC, Conner M, Taylor NJ, Lawton RJ. Prospective prediction of health-related behaviours with the Theory of Planned Behaviour: a meta-analysis, Health Psychology Review. 2001;5:2:97-144, DOI: 10.1080/17437199.2010.521684.
22. Hulley SB, et al. Delineando a pesquisa clínica-4. Artmed Editora; 2015.
23. Brasil. Lei nº 12. 871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos com a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde (SUS).
24. Brasil. Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho.
25. Ajzen I. Constructing a theory of planned behavior questionnaire; 2006.
26. Francis J, et al. Constructing questionnaires based on the theory of planned behaviour: A manual for health services researchers; 2004.
27. McColl E, Jacoby A, Thomas L, Soutter J, Bamford C, Steen N, et al. Design and use of questionnaires: a review of best practice applicable to surveys of health service staff and patients. Health Technol Assess. 2001;5(31).
28. Steinmetz H, et al. How effective are behavior change interventions based on the theory of planned behavior?. Zeitschrift für Psychologie; 2016.
29. Hora HRM, Monteiro GR, Arica J. Confiabilidade em Questionários para Qualidade: Um estudo com o Coeficiente Alfa de Cronbach. Produto & Produção. 2010;11(2):85-103.

30. Terwee CB, et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2007;60(1):34-42.
31. Figueiredo DBF, Silva JAJ. Desvendando os mistérios do coeficiente de correlação de Pearson (r). *Rev Política Hoje* [Internet]. 2009. [Acesso em 2019 jun 26]. Disponível em: http://bibliotecadigital.tse.jus.br/xmlui/bitstream/handle/bdtse/2766/2009_figueiredo_desvendando_misterios_coeficiente.pdf?sequence=1 acessado em 01/08/2019.
32. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. *Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF*, 13 jun. 2013. Seção 1, n. 112, p. 59-62.
33. Fornell C, Larcker DF. Evaluating structural equations models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing*. 1981;18(1):39-50. doi:10.2307/3151312.
34. Cronbach LJ, Meehl PE. Construct validity in psychological tests. *Psychological Bulletin*. 1955;52(4):281–302. doi:10.1037/h0040957.
35. Hair JF, et al. *Análise multivariada de dados*. Porto Alegre: Bookman Editora; 2009.
36. Nita ME, et al. Avaliação de tecnologias em saúde: evidência clínica, análise econômica e análise de decisão. In: *Avaliação de tecnologias em saúde: evidência clínica, análise econômica e análise de decisão*; 2010. p. 421, 434.
37. Eccles M, Grimshaw J, Walker A, Johnston M, Pitts N. Changing the behavior of healthcare professionals: the use of theory in promoting the uptake of research findings. *J Clin Epidemiol*. 2005;58(2):107-12.

38. Grimshaw JM, Eccles MP, Walker AE, Thomas RE. Changing physicians' behavior: what works and thoughts on getting more things to work. *J Contin Educ Health Prof.* 2002;22(4):237-43.
39. Michie S, Johnston M, Abraham C, Lawton R, Parker D, Walker A. Making psychological theory useful for implementing evidence based practice: a consensus approach. *Qual Saf HealthCare.* 2005;14(1):26-33.
40. McEachan RRC, Conner M, Taylor NJ, Lawton RJ. Prospective prediction of health-related behaviours with the Theory of Planned Behaviour: a meta-analysis. *Health Psychology Review.* 2011;5(2):97-144. DOI:10.1080/17437199.2010.521684.
41. Davis FD, Bagozzi RP, Warshaw PR. User Acceptance of Compute Technology: A Comparison of Two Theoretical Models. *Management Science.* 1989;35(8):982-1003.
42. Williams B, Perillo S, Brown T. What are the factors of organisational culture in health care settings that act as barriers to the implementation of evidence-based practice? A scoping review. *Nurse Education Today.* 2014;35(2):e34-e41.
43. Slade S, et al.. Barriers to primary care clinician adherence to clinical guidelines for the management of low back pain. *The Clinical Journal of Pain.* 2015;32(9):800-16. DOI:10.1097/AJP.00000000000003242015.
44. Cabana MD, et al. A framework for improvement. *Jama.* 1999;282(15):1458-65.
45. Osterling KL, Austin MJ. The dissemination and utilization of research for promoting evidence-based practice. *Journal of Evidence-based Social Work.* 2008;5(1-2):295-319.

46. Solberg LI, Brekke ML, Kottke TE. How important are clinician and nurse attitudes to the delivery of clinical preventive services? *J Fam Pract.* 1997;44:451-61.
47. Plath D. Organizational processes supporting evidence-based practice. *Adm. Soc. Work.* 2013;37(2):171–88.
48. Armitage CJ, Conner M. Efficacy of the theory of planned behaviour: a meta-analytic review. *Br J Soc Psychol.* 2001;40(Pt 4):471-99.
49. Godin G, Kok GJ. The theory of planned behavior: A review of its applications to health-related behaviors. *American Journal of Health Promotion.* 1996;11:87–98.
50. Hagger MS, Chatzisarantis NLD. Integrating the theory of planned behaviour and self-determination theory in health behaviour: A meta-analysis. *British Journal of Health Psychology.* 2009;14(2):275-302.

Tabela 1 – Caracterização da amostra

	n	%
Sexo/Gênero		
Mulher	48	59,3
Homem	33	40,7
Tempo de formado		
Mais de dez anos	43	53,1
Menos de dez anos	38	46,9
Pós-Graduação		
01 ou mais pós-graduações	47	58,0
Sem pós-graduação	17	21,0
Mestrado e/ou doutorado	17	21,0
Vínculo de trabalho		
CLT	21	25,9
Estatutário	21	25,9
PMM	20	24,7
GHC	13	16,0
Residente	6	7,4

Fonte: Autora (2019).

Tabela 2– Análise por item/declaração do Questionário-FINAL

Declaraçã o	Média	DP	Ítem- total	Alfa se o ítem for retirado	Pearso n	1	2	Escala Likert (%)					
						3	4	5	6	7			
Q01i	5,56	1,55	.740	.839	0,67**	40,7	19,8	9,9	17,3	8,6	3,7	0	
Q02i	4,36	1,69	.624	.843	0,62**	9,9	22,2	14,8	22,2	11,1	17,3	2,5	
Q03	5,37	1,57	.670	.842	0,69**	2,5	3,7	4,9	14,8	24,7	16	33,3	
Q04i	3,47	2,00	.593	.843	0,43**	8,6	14,8	6,2	16	16	16	22,2	
Q05	5,28	1,73	.746	.838	0,69**	6,2	1,2	7,4	13,6	19,8	18,5	33,3	
Q06i	3,25	1,86	.414	.850	0,29**	3,7	13,6	3,7	28,4	12,3	9,9	28,4	
Q07	5,64	1,57	.590	.844	0,43**	3,7	2,5	2,5	12,3	13,6	27,2	38,3	
Q08	4,53	1,70	.453	.849	0,45**	4,9	7,4	11,1	32,1	13,6	12,3	18,5	
Q09	3,20	1,93	.496	.847	0,46**	28,4	13,6	12,3	24,7	7,4	3,7	9,9	
Q10	6,25	1,18	.319	.853	0,20	0	0	3,7	8,6	11,1	12,3	64,2	
Q11i	3,20	2,03	.484	.848	0,39**	9,9	8,6	7,4	14,8	12,3	18,5	28,4	
Q12	4,26	1,23	.198	.856	0,12	2,5	7,4	9,9	38,3	28,4	11,1	2,5	
Q13	4,41	1,82	.276	.856	0,19	9,9	9,9	7,4	19,8	19,8	22,2	11,1	
Q14	4,65	1,76	.499	.847	0,42**	7,4	7,4	6,2	23,5	18,5	21	16	
Q15i	5,19	1,74	.486	.848	0,55**	30,9	18,5	18,5	16	8,6	1,2	6,2	
Q16i	4,23	2,06	-.057	.870	-	-	-	-	-	-	-	-	
Q17	2,96	1,76	.535	.846	0,46**	27,2	21	11,1	25,9	4,9	3,7	6,2	
Q18	4,14	1,96	.515	.846	0,48**	13,6	11,1	4,9	34,6	8,6	8,6	18,5	
Q19	5,95	1,39	.549	.846	0,32**	1,2	2,5	2,5	8,6	13,6	22,2	49,4	
Q20i	5,47	1,84	.147	.861	0,12	42	21	12,3	7,4	7,4	3,7	6,2	
Q21	5,91	1,54	.393	.851	0,40**	1,2	4,9	2,5	9,9	9,9	17,3	54,3	
Q22i	6,11	1,37	-.185	.867	-	-	-	-	-	-	-	-	

Os itens acompanhados por “i” após o número da questão indicam que a escala de likert tinha seus valores invertidos no questionário.

Fonte: Autora (2019).

Tabela 3 – Análise da relação entre fatores relacionados as características individuais e organizacionais e a variável dependente.

	Mediana	T TESTE
Gênero		0,62
Mulher	6,00 (5,00; 7,00)	
Homem	6,00 (5,00; 7,00)	
Tempo de formado		0,01
Mais de dez anos	5,5 (4,00; 6,50)	
Menos de dez anos	6,00 (5,75; 7,00)	
Pós-Graduação		0,68
01 ou mais pós-graduações	6,00 (5,00; 7,00)	
Sem pós-graduação	6,00 (5,25; 7,00)	
Mestrado e/ou doutorado	6,00 (4,75; 7,00)	
Vínculo de trabalho		0,35
PMM	6,00 (5,00; 7,00)	
CLT	5,5 (5,00; 7,00)	
Estatutário	5,00 (4,00; 6,63)	
GHC	6,00 (4,50; 6,25)	
Residente	6,75 (6,00; 7,00)	

Fonte: Autora (2019).

Tabela 4 – Análise do conjunto de itens agrupados por constructo

Constructos	Alfa de Cronbach	Coefficiente de Correlação Pearson	Standardized Coefficients - Beta	Significância	R Square
Atitude	0,851	,692**	,345	,002	0,478
Norma Subjetiva	0,681	,554**	,174	,063	0,307
Controle Comportamental Percebido	0,750	,664**	,342	,001	0,442
Atitude, Controle Percebido e Norma Subjetiva	-	-	-	-	0,581

Fonte: Autora (2019).