

**Luciana Pereira de Vasconcelos**

**Avaliação das estratégias de implementação de guias de  
prática clínica de alta qualidade**

Dissertação apresentada à Faculdade  
de Medicina da Universidade de São  
Paulo para obtenção de título de Mestre  
em Ciências.

Programa: Saúde Coletiva

Orientador: Prof. Dr. Heráclito Barbosa  
de Carvalho

São Paulo

2019

# FICHA CATALOGRÁFICA

## Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da  
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Vasconcelos, Luciana Pereira de  
Avaliação das estratégias de implementação de  
guias de prática clínica de alta qualidade / Luciana  
Pereira de Vasconcelos. -- São Paulo, 2019.  
Dissertação (mestrado)--Faculdade de Medicina da  
Universidade de São Paulo.  
Programa de Saúde Coletiva.  
Orientador: Heraclito Barbosa de Carvalho.

Descritores: 1.Guias de prática clínica como  
assunto 2.Ciência da implementação 3.Gestão da saúde  
da população 4.Revisão sistemática 5.Utilização de  
procedimentos e técnicas 6.Utilização de instalações  
e serviços 7.Gestão de mudança

USP/FM/DBD-435/19

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

## DEDICATÓRIA

*À minha família que sempre esteve ao meu lado durante minha jornada. Aos meus pais, Ivonildo Pedrosa de Vasconcelos (in memorian) e Alzira Pereira de Vasconcelos que são exemplos de caráter e dignidade para mim e meus 12 irmãos. Ao meu irmão Severino Vasconcelos, que me ensinou o amor pelos estudos.*

*Ao meu companheiro Ricardo Lama e minha filha Gabriela V. Lama pelo apoio, paciência, compreensão e amor.*

*À minha querida sobrinha Chélida Graziela Vasconcelos, que nos deixou há pouco tempo e foi uma inspiração de força, e alegria de viver.*

## **AGRADECIMENTOS**

*Tenho muitas pessoas a agradecer. Depois de mais de 20 anos trabalhando na indústria farmacêutica resolvi abandonar minha carreira e voltar a fazer o que mais gosto, estudar. Agradeço aos meus gestores que me inspiraram e encorajaram a seguir meu caminho. Agradeço a Dra. Ana Claudia Guersoni, amiga que esteve comigo ao longo do caminho, especialmente nos momentos de dúvidas.*

*Contei com ajuda do grupo CHRONIDE, especialmente da Profa. Daniela Oliveira de Melo que é uma inspiração acadêmica, um exemplo de professora e farmacêutica comprometida com o propósito da profissão.*

*Fui acolhida pelo grupo, aprendi muito participando do projeto de pesquisa avaliação sistemática da qualidade metodológica e transparência dos guias de prática clínica de doenças crônicas não transmissíveis. Essa participação foi essencial para meu desenvolvimento e para viabilizar minha pesquisa. Não posso deixar de mencionar os integrantes do grupo CHRONIDE Caroline Molino Franciele Gabriel, Rafael Mantovani e Sheila Kalb, com quem compartilhei momentos de muito trabalho e também diversão, e a Nathalia Celine que mais que uma colega de pesquisa é uma amiga para a vida.*

*Também devo um agradecimento especial ao Professor Heráclito, meu orientador. Sua recepção generosa foi essencial para eu não desistir na reta final.*

*Contei também com a ajuda dos funcionários do Departamento, especialmente da Lilian que sempre esteve disponível para ouvir meus problemas e esclarecer minhas dúvidas.*

*Agradeço a Deus que colocou todas essas pessoas na minha vida, e muitas outras que mesmo não nominadas aqui estão no meu coração.*

*“Tudo que desejas alcançar por um longo desvio, podes tê-lo desde já, se não o recusares a ti mesmo. Basta abandonar todo o passado, confiar o futuro a providência e dirigir a ação presente para a piedade e a justiça; para a piedade para amar a parte que a natureza te atribui; pois ela a produziu para ti, e tu para ela; para a justiça, para dizer a verdade livremente e sem desvio e para agir segundo a lei e segundo o valor.”*

Marco Aurélio, Meditações, VIII, 36.

# SUMÁRIO

LISTA DE TABELA

LISTA DE QUADROS E GRÁFICOS

GLOSSÁRIO

RESUMO

1.	INTRODUÇÃO.....	1
	1.1 Políticas de saúde baseada em evidências.....	1
	1.2 Guias de Prática Clínica e Qualidade.....	2
	1.3 Implementação de Guias de Prática Clínica.....	4
	1.4 promovendo e estudando a implementação.....	5
	1.5 Implementação e o cuidado de doenças crônicas não transmissíveis na atenção primária .....	9
2.	JUSTIFICATIVA.....	11
3.	OBJETIVO .....	12
	3.1 Objetivos específicos.....	12
4.	MÉTODOS.....	13
	4.1 Identificação dos guias de prática clínica .....	13
	4.2 Aspectos relacionados à implementação .....	14
	4.2.1 Seleção dos guias de prática clínica.....	14
	4.2.2 Descrição dos guias de prática clínica.....	14
	4.2.3 Avaliação dos aspectos relacionados à implementação .....	15
5.	ASPECTOS ÉTICOS.....	16
6.	RESULTADOS .....	17
	6.1 Identificação dos guias de prática clínica .....	17
	6.2 Aspectos relacionados à implementação .....	17
	6.2.1 Seleção dos guias de prática clínica.....	17
	6.2.2 Descrição dos guias de prática clínica.....	18
	6.2.3 Avaliação das estratégias de implementação .....	19
	6.2.4 Avaliação das ferramentas de implementação .....	24

7.	DISCUSSÃO.....	28
	7.1 Características gerais dos guias de prática clínica incluídos.....	28
	7.2 Avaliação das estratégias de implementação .....	31
	7.3 Avaliação das ferramentas de implementação .....	35
	7.4 Principais aspectos de implementação de GPC de alta qualidade .....	37
8.	CONCLUSÃO .....	40
9.	ANEXOS .....	41
	9.1. Anexo 1- Questionário AGREE II.....	41
	9.2. Taxonomia MAZZA et al., 2013 .....	42
	9.3. Lista de Guias de Prática Clínica (GPC) incluídos.....	50
10.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	51

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Escores médios dos Guias de Prática Clínica (GPC), segundo domínios do AGREE em duas revisões sistemáticas.....	3
Tabela 2	Comparação dos escores do AGREE II entre os 421 Guias de Prática Clínica (GPC) do estudo CHRONIDE e 20 GPC da avaliação de implementação, segundo domínios.....	17
Tabela 3	Características dos 421 Guias de Prática Clínica (GPC) do estudo CHRONIDE e 20 GPC da avaliação de implementação.....	18



## LISTA DE QUADROS E GRÁFICOS

Quadro 1	Modelos, frameworks e/ou teorias de implementação mais citados na literatura, segundo seus objetivos até 2017 .....	6
Quadro 2	Instrumentos relacionados à implementação Guias de Prática Clínica (GPC), segundo seus objetivos.....	7
Quadro 3	Características dos Guias de Prática Clínica incluídos na análise de aspectos relacionados à implementação .....	19
Quadro 4	Estratégias de implementação segundo a taxonomia Mazza encontradas nos 20 Guias de Prática Clínica (GPC) agrupados por país de acordo com o Nível Profissional .....	21
Quadro 4A	Estratégias de implementação segundo a taxonomia Mazza encontradas nos 20 Guias de Prática Clínica (GPC) agrupados por país – Nível Financeiro .....	22
Quadro 4B	Estratégias de implementação segundo a taxonomia Mazza encontradas nos 20 Guias de Prática Clínica (GPC) agrupados por país – Nível Organizacional .....	23
Quadro 4C	Estratégias de implementação segundo a taxonomia Mazza encontradas nos 20 Guias de Prática Clínica (GPC) agrupados por país – Nível Regulatório.....	24
Quadro 5	Ferramentas de implementação nos 20 Guias de Prática Clínica (GPC) agrupados por país de acordo com o Nível Profissional.....	25
Quadro 5A	Ferramentas de implementação nos 20 Guias de Prática Clínica (GPC) agrupados por país de acordo com o Nível Organizacional, categoria profissional de saúde.....	26
Quadro 5B	Ferramentas de implementação nos 20 Guias de Prática Clínica (GPC) agrupados por país de acordo com o Nível Organizacional, categoria Pacientes.....	27
Quadro 5C	Ferramentas de implementação nos 20 Guias de Prática Clínica (GPC) agrupados por país de acordo com o Nível Organizacional, categoria Estrutural .....	28
Gráfico 1	Número de Estratégias de Implementação por Guia de Prática Clínica (GPC) de acordo com os diferentes níveis.....	20

## GLOSSÁRIO

- AGREE:** Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation
- CHRONIDE:** Chronic Diseases and Informed Decision
- ERIC:** Expert Recommendation for Implementing Change
- GLIA:** GuideLine Implementability Appraisal
- Gltools:** GuideLines Implementation tools
- GRADE:** Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations
- GUIDE-M:** The Guideline Implementability Decision Excellence Model
- GPC:** Guias de Prática Clínica
- GPC-TF:** Guias de Prática Clínica com tratamento farmacológico

## RESUMO

Vasconcelos LP. *Avaliação das estratégias de implementação de guias de prática clínica de alta qualidade* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2019.

**Introdução e Objetivo:** Os guias de prática clínica (GPC) têm sido desenvolvidos por diferentes instituições com o objetivo de disseminar recomendações que possam reduzir a variabilidade no processo de cuidado. Para que um GPC seja considerado confiável precisa ser desenvolvido com qualidade, ou seja, por meio de um processo transparente. A implementação é uma etapa fundamental para garantir que as recomendações dos GPC sejam seguidas e possam ter impacto positivo na saúde, devendo ser planejada inclusive no desenvolvimento dos GPC. Esse estudo tem como objetivo avaliar as estratégias de implementação de guias de prática clínica de alta qualidade na área de DCNT. **Método:** Estudo descritivo das estratégias de implementação de GPC de alta qualidade. Partindo dos GPC avaliados no estudo CHRONIDE, foram selecionados os guias de alta qualidade (escore  $\geq 60\%$  nos domínios 3, 5 e 6 do AGREE II). O conteúdo relativo à implementação dos GPC selecionados foi extraído dos textos completos e materiais complementares por um pesquisador, em de uma planilha Excel. A presença das estratégias de implementação nos GPC foi avaliada seguindo a taxonomia Mazza (MAZZA et al., 2013), que também foi usada para classificar suas ferramentas de implementação. **Resultados:** Foram identificados 20 GPC de alta qualidade entre os 421 avaliados no estudo CHRONIDE. A maioria (16; 80%) dos 20 GPC foi desenvolvida por instituições governamentais; com financiamento público (16; 80%); e quase a metade (9;45%) para tratamento de doenças cardiovasculares. Os países que mais produziram GPC de alta qualidade foram Reino Unido (6; 30%) e Colômbia (5; 25%). As estratégias de implementação mais frequentemente encontradas foram do nível profissional, como distribuir materiais de referência (18;80%), e educar grupos de profissionais de saúde (18; 80%). Em seguida destaca-se o nível organizacional, sendo as estratégias mais frequentes, mudança na estrutura organizacional (15; 75%), e alteração no método de entrega do serviço (13; 65%). Os níveis financeiros e regulatórios são os menos desenvolvidos nos GPC de alta qualidade, presentes em apenas 7 e 10 GPC respectivamente. Para as ferramentas de implementação o perfil é semelhante, com predominância daquelas relacionadas aos níveis profissional com maior frequência para a elaboração de algoritmos clínicos (14; 70%) e guias para médicos (7; 35%) e guias para cuidadores (6; 30%) e planilha de indicadores de implementação (7; 35%). **Conclusão:** Observou-se que nos melhores GPC, isto é, os de alta qualidade, os níveis de intervenção mais desenvolvidos foram os níveis profissional e organizacional tanto em relação a presença de estratégias, quanto de suas ferramentas. Os níveis financeiro e regulatório foram os menos desenvolvidos. Assim, pode-se dizer que ainda existem formas de aprimorar as estratégias de implementação, mesmo nos GPC de alta qualidade.

Descritores: Guias de prática clínica como assunto; Ciência da implementação; Gestão da saúde da população; Revisão sistemática; Utilização de procedimentos e técnicas; Utilização de instalações e serviços; Gestão de mudança.

## ABSTRACT

Vasconcelos LP. *High-quality CPG implementation strategies, a review of best practices* [dissertation]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2019

**Introduction and Objective:** Clinical practice guidelines (CPGs) have been developed by different institutions aiming at reducing the variability in the health care process. Implementation is a key step for ensuring that the recommendations of high-quality CPGs are followed and have a positive impact on health. This step must be planned in the development of CPGs. This study aims at evaluating the strategies for implementing high-quality Clinical Practice Guidelines on NCDs. **Method:** Quality guidelines were selected based on the assessment of CPGs conducted in the CHRONIDE study (score  $\geq$  60% in domains 3, 5, and 6 of AGREE II). The content related to the implementation of the selected CPGs was extracted from the full texts and complementary materials by one researcher and tabulated in an Excel spreadsheet. The presence of implementation strategies in CPGs was assessed following the taxonomy developed by Mazza et al. (MAZZA et al., 2013) which was also used to classify the implementation tools. **Results:** Twenty high-quality CPGs were selected from the 421 CPGs in the CHRONIDE study. Most of the 20 CPGs were developed by government institutions (16; 80%); with public funding (16; 80%); and almost half (9; 45%) addressed the treatment of cardiovascular diseases. The countries with the highest quality CPGs were the United Kingdom (6; 30%) and Colombia (5; 25%). The implementation strategies more frequently identified were at the professional level, such as distributing reference materials (18; 80%) and educating groups of health professionals (18; 80%). The organisational level stands out, with the most frequent strategies being change in the organisational structure (15; 75%) and change in the service delivery method (13; 65%). The financial and regulatory levels were the least identified in high-quality CPGs, and were identified in only 7 and 10 CPG respectively. Similarly, the tools identified were related to the professional level as clinical algorithms (14; 70%) and guidelines for physicians (7; 35%) and organisational level as guidelines for caregivers (6; 30%) and spreadsheet of implementation indicators (7; 35%). **Conclusion:** We observed that among the higher quality CPGs, the most common levels of implementation intervention were the professional and organisational levels, both regarding the presence of strategies and tools. The financial and regulatory levels were the least common. It can be said that there is still room for adjusting the implementation of CPGs by institutions to improve the performance of CPGs and achieve the expected health outcomes.

Descriptors: Practice guidelines as topic; Implementation science; Population health management; Systematic review; Procedures and techniques utilization; Facilities and services utilization; Change management.

# 1. INTRODUÇÃO

## 1.1 Políticas de saúde baseada em evidências

Cada vez mais discute-se a necessidade de que políticas de saúde baseadas na melhor evidência científica disponível, sejam implementadas por gestores, com o objetivo de melhorar o desempenho dos sistemas de saúde (BAICKER; CHANDRA, 2017; BLACK, 2001).

Em 2005, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou a rede *Evidence-Informed Policy Network* (EVIPNet) para promover o uso sistemático e transparente de evidências científicas no desenvolvimento de políticas públicas de saúde. Vários países fazem parte da rede, inclusive o Brasil (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016). O Ministério da Saúde, apoiado pela Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), lançou a EVIPNet Brasil e tem promovido o desenvolvimento de sumários de evidências para temas específicos, além do diálogo de política com os atores envolvidos, e da avaliação de indicadores de resultados. Um exemplo foi a política de combate à mortalidade infantil na cidade de Piripiri, no estado do Piauí, citado no levantamento da OMS de dez anos de atuação da EVIPNet (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

Outra iniciativa para promover o uso de evidências na tomada de decisão em saúde é a adoção de uma política que preveja que a conduta clínica seja estabelecida também por meio da melhor evidência científica disponível. Assim, por meio da revisão sistemática da literatura e da formulação de recomendações, são elaborados documentos que visam reduzir a variabilidade no processo de cuidado, os Guias de Prática Clínica (GPC). (INSTITUTE OF MEDICINE, 2011).

A orientação da prática clínica por meio de GPC, não é uma novidade, e tem se expandido no mundo desde os anos 1980s (WEISZ et al., 2007). Assim, pode ser dito que o desenvolvimento de políticas públicas de saúde baseadas em evidência foi provocado pelos profissionais médicos que há muito tempo já seguiam o processo sistemático do uso de evidência científica para desenvolver os chamados GPC (BLACK, 2001).

## 1.2 Guias de Prática Clínica e Qualidade

O *Institute of Medicine* (IOM) define GPC como “documentos que incluem recomendações destinadas a otimizar cuidados ao paciente que são elaborados com base em uma revisão das evidências e uma avaliação dos benefícios, e danos de opções de cuidados alternativos” (INSTITUTE OF MEDICINE, 2011).

Pela definição, seria natural esperar que os GPC fossem documentos de qualidade e que os profissionais de saúde pudessem tomar as melhores decisões clínicas baseadas nas recomendações desses documentos. Entretanto, como o processo de desenvolvimento dos GPC não é trivial, a qualidade nem sempre é satisfatória (ARMSTRONG et al., 2017; BROUWERS et al., 2010).

O processo de elaboração de um GPC de alta qualidade demanda muitos recursos financeiros e humanos e, além de tempo, requer também um grupo multidisciplinar, preferencialmente incluindo representantes de pacientes e metodologistas (BURGERS et al., 2012; FERVERS et al., 2011; KRISTIANSEN et al., 2014; QASEEM et al., 2012).

Algumas instituições publicaram padrões e instrumentos para nortear o desenvolvimento de GPC, como o IOM, o *National Institute for Clinical Excellence* (NICE) e o *Guideline International Network* (GIN), por exemplo (INSTITUTE OF MEDICINE, 2011; BROUWERS et al., 2010). Também foram elaborados diferentes instrumentos de avaliação da transparência do processo de desenvolvimento de GPC, o que estaria associado a qualidade e confiabilidade do documento (SIERING et al., 2013).

Uma revisão sistemática, publicada em 2013, identificou 40 instrumentos de avaliação de GPC. Os autores concluíram que o *Appraisal of Guideline Research & Evaluation* (AGREE) é o instrumento mais abrangente (SIERING et al., 2013). Esse instrumento é validado e já foi traduzido para vários idiomas, inclusive o português (KHAN; STEIN, 2014; SIERING et al., 2013), tendo sua segunda versão (AGREE II) publicada em 2009 (BROUWERS et al., 2010; SIERING et al., 2013).

O AGREE II é composto por seis domínios e 23 itens, sendo: domínio 1, voltado para avaliar o escopo e a finalidade; domínio 2, que avalia o envolvimento das partes interessadas; domínio 3, que analisa o rigor do desenvolvimento do GPC; domínio 4, que diz respeito a clareza da

apresentação; o domínio 5, chamado aplicabilidade, que avalia aspectos relacionados a promoção da implementação do GPC e; o domínio 6, que trata da independência editorial (BROUWERS et al., 2010). No AGREE, o escore para cada domínio é apresentado como porcentagem, variando de 0 a 100% (BROUWERS et al., 2010). Esses domínios são similares aos domínios propostos pelo IOM e pelo GIN (MOLINO et al., 2019).

A qualidade dos GPC evoluiu ao longo do tempo em muitos aspectos, embora ainda haja espaço para melhorias, sobretudo em relação ao domínio “aplicabilidade”. Na tabela 1 estão resumidos os escores médios do AGREE em duas revisões sistemáticas. A primeira, publicada em 2010, inclui estudos que avaliaram a qualidade de GPC publicados entre 1992 e 2007, empregando a primeira ou segunda versão do AGREE (ALONSO-COELLO et al., 2010). Já a segunda, publicada em 2017, avaliou GPC publicados entre 1992 e 2014 (ARMSTRONG et al., 2017).

**Tabela 1: Escores médios dos guias de prática clínica (GPC), segundo domínios do AGREE\* em duas revisões sistemáticas**

Domínios AGREE	1980 a 2007	1992 a 2014
1	65%	76%
2	35%	52%
3	43%	51%
4	60%	80%
5	22%	37%
6	30%	42%

Obs.: \* 1- escopo e finalidade; 2 - envolvimento de interessados; 3 - rigor de desenvolvimento; 4 - clareza da apresentação; 5 - aplicabilidade; 6 - Independência editorial.

Chama atenção o baixo desempenho dos GPC no domínio 5, “aplicabilidade”, que avalia aspectos relacionados à promoção da implementação dos GPC, tanto no período de 1980 a 2007 (ALONSO-COELLO et al., 2010) , quanto no período de 1992 a 2014 (ARMSTRONG et al., 2017).

Uma outra revisão sistemática, focada no domínio 5, “aplicabilidade” do AGREE II, mostrou que o escore desse domínio não melhorou entre 2008 e 2013, e se manteve abaixo dos outros domínios do AGREE, atingido escore médio de apenas 43,6% (GAGLIARDI; BROUWERS, 2015). Esse resultado é preocupante, a medida em que os esforços e recursos envolvidos na elaboração

de GPC de alta qualidade metodológica podem não ser efetivos se os mesmos não forem adequadamente implementados (INSTITUTE OF MEDICINE, 2011).

### **1.3 Implementação de Guias de Prática Clínica**

O estudo do potencial da implementação é realizado no âmbito da ciência da implementação. Essa é uma área do conhecimento que tem gerado muito debate nos últimos anos (LYNCH et al., 2018), e foi incluída entre os *Medicals Subject Headings* (Mesh), em 2019, sendo definida como o “*estudo de métodos para promover a adoção e integração de práticas, intervenções e políticas baseadas em evidências em contextos de rotina de cuidados de saúde e saúde pública*” (“Implementation - Medicals Subject Headings (Mesh)”, [s.d.]).

A implementação de GPC é a fase onde o objetivo é influenciar o comportamento dos profissionais de saúde para que tenham sua prática norteada pelas recomendações presentes nos GPC (KASHYAP et al., 2005).

Alguns aspectos que influenciam a implementação, dependem dos desenvolvedores dos GPC e devem ser considerados durante o processo de elaboração do documento, como a descrição das potenciais barreiras e facilitadores de acordo com o contexto local no qual pretende-se que as recomendações sejam implementadas (GAGLIARDI; MARSHALL; MOORE, et al., 2005), a disponibilidade de materiais e ferramentas para facilitar a disseminação das recomendações, como algoritmos e definição de indicadores, que devem ser usados para avaliar o resultado do GPC (BROUWERS et al., 2015).

A maioria das instituições que desenvolvem GPC dissemina as recomendações do documento por meio da internet, da publicação de artigos em periódicos e em congressos científicos, o que é conhecido como disseminação passiva. No entanto, o resultado dessa prática é relativamente ineficiente (GAGLIARDI et al., 2011) e insuficiente (FRANCKE; VEER; MISTIAEN, 2008).

A reconhecida dificuldade de implementação dos GPC influencia também na escassez de evidências sobre a relação entre os desfechos clínicos nos serviços de saúde e a adoção das práticas recomendadas nos GPC



(HOFFMANN-ESSER et al., 2017). Por outro lado, uma revisão sistemática avaliou o impacto de intervenções para promover a implementação de GPC e em estudos do tipo *cluster*, as intervenções mais frequentemente reportadas foram aquelas relacionadas à educação (91%), auditoria e *feedback* (57%), provisão de recursos específicos para implementação (50%) e designação de liderança para implementação (46%) (ALLANSON et al., 2017).

#### **1.4 Promovendo e estudando a implementação**

Muitos autores propuseram modelos, *frameworks*, teorias ou instrumentos que pudessem auxiliar as instituições de saúde na tarefa de desenvolver intervenções de implementação ou avaliar seus processos (LYNCH et al., 2018).

Em uma publicação recente, Lynch e colaboradores (LYNCH et al., 2018) apresentam os dez modelos, *frameworks* e teorias de implementação mais citados na literatura - o quadro 1 resume esses achados.

**Quadro 1: Modelos, *frameworks* e/ou teorias de implementação mais citados na literatura segundo seus objetivos até 2017**

<b>Modelo, <i>framework</i>, ou teoria</b>	<b>Objetivo</b>
<i>Knowledge to Action</i>	Conceituar o processo de tradução do conhecimento que integra a criação e aplicação do conhecimento
<i>Theoretical Domains Framework (TDF)</i>	Avaliar a implementação e aspectos comportamentais para informar o desenho das intervenções de implementação
<i>RE-AIM framework</i>	Orientar as análises sobre o impacto de intervenções de promoção de saúde na saúde pública
<i>Consolidated Framework for Implementation Research</i>	Promover a teoria da implementação e a verificação do que funciona, onde e porque
<i>Conceptual model of evidence-based practice implementation in public service sectors</i>	Estabelecer um modelo em 4 fases e múltiplos níveis que pode ser usado no processo de implementação no setor público
<i>Conceptual model of implementation research</i>	Estudar o processo de implementação para saúde mental identificando implicações para pesquisa e treinamento
<i>Implementation effectiveness model</i>	Capturar e esclarecer o fenômeno multinível e multideterminado da implementação da inovação
<i>Promoting Action on Research Implementation in Health Services (PARIHS)</i>	Explicar, por meio de estrutura organizacional e conceitos, e prever a implementação bem-sucedida e entender as complexidades envolvidas
<i>Interactive Systems Framework</i>	Ajudar a esclarecer as questões relacionadas a como levar o que se sabe sobre prevenção (particularmente em relação a violência juvenil e maus-tratos infantis) para um uso mais difundido
<i>Normalization Process Model, Normalization Process Theory (NPT)</i>	Fornecer uma estrutura conceitual para a compreensão e avaliação dos processos pelos quais novas tecnologias de saúde e outras intervenções complexas são rotineiramente operacionalizadas no trabalho cotidiano e sustentadas na prática

Adaptado de Lynch *et al* (2018)

Não existe um consenso sobre um modelo, *framework* ou teoria ser melhor que o outro, porém eles oferecem a oportunidade para os responsáveis pela implementação refletirem sobre o que será mais adequado considerando seu contexto (LYNCH *et al.*, 2018).

Além dos modelos, *frameworks* ou teorias listadas no quadro 1, alguns instrumentos são mais direcionados a implementação de GPC, como listado no quadro 2.

**Quadro 2: Instrumentos relacionados a implementação de guias de prática clínica (GPC), segundo seus objetivos**

Instrumento	Objetivo
<i>Guideline Implementability Appraisal (GLIA)</i> (KASHYAP et al., 2005)	Avaliar fatores intrínsecos dos GPC, como: o que fazer, quando fazer, flexibilidade, validade, inovação, entre outros *
<i>Expert Recommendation for Implementing Change (ERIC)</i> (POWELL et al., 2015)	Definir estratégias de implementação com base na opinião de especialistas da área (73 estratégias)
<i>A Framework of the desirable features of guidelines implementation tools (Glttools)</i> (GAGLIARDI; BROUWERS; BHATTACHARYYA, 2014)	Listar as características desejáveis das ferramentas de implementação
<i>The Guideline Implementability Decision Excellence Model(GUIDE-M)</i> (BROUWERS et al., 2015)	Desenvolver modelo com base em evidência e com participação de especialistas.

\* EXECUTABILITY, DECIDABILITY, VALIDITY, FLEXIBILITY, EFFECT ON PROCESS OF CARE, MEASURABILITY, NOVELTY/INNOVATION, COMPUTABILITY.

Pode-se entender que *executability (exactly what to do)*, é o que deve ser feito exatamente; *Decidability (precisely under what conditions to do something)*, em que circunstâncias deve ser feito; *Validity (the degree to which the recommendation reflects the intent of the developer and the quality of evidence)*, diz respeito à recomendação que reflete a intenção do autor e a qualidade da evidência científica que apoia a recomendação; *Flexibility (the degree to which a recommendation permits interpretation and allows for alternatives in its execution)* consiste no quanto a recomendação permite flexibilidade na sua execução; *Effect on process of care (the degree to which the recommendation impacts upon the usual workflow of a care setting)*, como o impacto da recomendação na rotina de cuidado em prática; *Measurability (the degree to which markers or endpoints can be identified to track the effects of implementation of this recommendation)* entende-se como a maneira em que monitora-se e mede-se o resultado da implementação daquela recomendação; *Novelty/innovation (the degree to which the recommendation proposes actions considered unconventional by clinicians or patients)* é o quanto as ações propostas pela recomendação são consideradas não convencionais por médicos e pacientes; e, por fim, *computability (only applicable when an electronic*

*implementation is planned for a particular setting*) pode ser definida como o quanto a recomendação pode ser colocada em um sistema eletrônico de informação, aplicável apenas quando está previsto o uso de sistemas eletrônicos.

Todo esse esforço no sentido de produzir orientações para a área de implementação revela a importância de relatar todas as estratégias adotadas em detalhes suficientes para permitir sua replicação e adaptação (THEOBALD et al., 2018).

O grupo *Effective Practice and Organization of Care* (EPOC) da Cochrane, publicou em 2002 um *checklist* para guiar as revisões sistemáticas na área de implementação e intervenções para sua promoção. O *checklist* estabelece quatro níveis de intervenção: profissional; financeiro - dividido entre prestadores e pacientes; organizacional - dividido entre prestadores, pacientes e estruturais; e regulatório. Os níveis não são mutuamente excludentes e o EPOC reconhece que pode haver sobreposição (“Cochrane Effective Practice and Organisation of Care”, [s.d.]). Para cada nível o EPOC desenvolveu uma taxonomia para orientar como extrair as informações relevantes dos estudos de implementação (“Cochrane Effective Practice and Organisation of Care”, [s.d.]).

Taxonomia é uma matriz hierárquica de vocabulário controlado, com termos relacionados mais amplos e mais estreitos, cuja função principal é remover a ambiguidade de um conceito (LOKKER; COLQUHOUN; HEMPEL, 2015).

Diferentes publicações usaram o *checklist* e taxonomia EPOC para identificar estratégias de implementação efetivas e promissoras (CHAN et al., 2017), avaliar a efetividade de intervenções direcionadas a barreiras identificadas (BAKER et al., 2010) e, até mesmo, para orientar a implementação de GPC específicos (ALLIANCE, 2012).

Com base no *checklist* EPOC, Mazza, e colaboradores desenvolveram uma taxonomia revisada onde procuraram resolver lacunas, que identificaram na taxonomia original do EPOC como falta de clareza nas definições, itens considerados irrelevantes para implementação, falta de uma ordem lógica,

ausência de itens reconhecidamente relevantes para implementação de GPC. Como resultado chegaram a uma taxonomia com os mesmos quatro níveis da EPOC e 49 estratégias de implementação (MAZZA et al., 2013).

Um estudo avaliou a qualidade de 44 diferentes ferramentas e taxonomias e para promover a tradução do conhecimento científico em prática nos sistemas de saúde ou atendimento aos pacientes, recomendando o uso da taxonomia proposta por Mazza e colaboradores (2013) por ser abrangente e focada nas estratégias de implementação (SLAUGHTER; ZIMMERMANN; NUSPL, 2017).

### **1.5 Implementação e o cuidado de doenças crônicas não transmissíveis na atenção primária**

A atenção primária a saúde (APS) tem sido o pilar de sistemas de saúde em todo o mundo, inclusive no Brasil (SCHMIDT et al., 2011). A qualidade do cuidado na APS tem impacto substancial nos indicadores de saúde da população. Além disso, ganha ainda mais relevância diante do envelhecimento populacional e aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Um dos objetivos do plano de ação global para a prevenção e controle das DCNTs 2013-2020, publicado pela OMS, é atingir 80% de disponibilidade de tecnologias básicas e medicamentos essenciais para o tratamento dessas doenças (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015). Além da disponibilidade, é importante que as tecnologias sejam adequadamente empregadas. Os GPC podem contribuir para reduzir a variabilidade na prática clínica e otimizar o uso de recursos (INCZE; ROSS, 2019; KITSON, 2009; RANSOHOFF; PIGNONE; SOX, 2013; WOOLF et al., 1999).

Vários fatores podem afetar a implementação de GPC na APS. Em uma revisão sistemática, Lau, e colaboradores identificaram causas da lacuna entre evidência e prática na APS (LAU et al., 2016). Os autores reportaram causas relacionadas: a) ao contexto externo, onde estão questões como a estrutura de incentivos, a legislação entre outros; b) a organização onde questões como processos, sistemas e a cultura organizacional estão presentes; c) ao

profissional suas competências, habilidades e filosofia de cuidado; e d) relacionadas a intervenção em si, complexidade, dados de segurança, efetividade, entre outras questões.

Em 2018, uma revisão sistemática sobre métodos de intervenção para promover a adesão aos GPC na APS, avaliou resultados de 36 estudos. Os autores concluíram que as estratégias de implementação são heterogêneas, mas que é muito importante reduzir a complexidade das estratégias e adaptá-las às condições locais e às necessidades dos profissionais da APS. Os autores concluem que essas estratégias devem ser consideradas ainda no processo de elaboração do GPC (KOVACS et al., 2018).

## **2. JUSTIFICATIVA**

Seguindo os princípios do desenvolvimento de políticas de saúde, baseadas em evidências, espera-se que os GPC de boa qualidade - implementados de forma adequada - possam contribuir para que sejam atingidos os resultados esperados por médicos, gestores, pacientes, e demais envolvidos no processo de cuidado. No entanto, já foi demonstrado que a implementação dos GPC é um desafio e que, considerar esse aspecto, ainda no processo de elaboração desses documentos, é essencial para aumentar as chances de sua utilização. Diante do aumento da prevalência de DCNT e a necessidade de uso racional das tecnologias no processo de cuidado, justifica-se o estudo do conteúdo referente a implementação dos GPC com recomendações para o tratamento farmacológico de DCNT.

### **3. OBJETIVO**

Avaliar principais aspectos de implementação de GPC de alta qualidade, contendo recomendações para o tratamento farmacológico (GPC-TF) de DCNT.

#### **3.1 Objetivos específicos:**

- Identificar as estratégias de implementação dos GPC com alta qualidade;
- Descrever ferramentas de implementação dos GPC com alta qualidade.



## 4. MÉTODOS

### 4.1 Identificação dos guias de prática clínica

Para selecionar os GPC, foi realizada uma revisão sistemática e avaliação da qualidade usando a segunda versão do instrumento *Appraisal of Guideline Research & Evaluation* (AGREE II). Uma vez que o emprego do AGREE II demanda mais de um avaliador e foi previsto um grande número de GPC a serem avaliados, essa etapa do projeto foi realizada em parceria com um grupo de pesquisa, o *Chronic Diseases and Informed Decisions* (CHRONIDE).

O CHRONIDE é formado por pesquisadores das Faculdades de Ciências Farmacêuticas e Saúde Pública da USP, e do Instituto de Ciências Ambientais, Químicas e Farmacêuticas da UNIFESP (“CHRONIDE. Chronic Diseases and Informed Decisions”, [s.d.]). Esse grupo conduziu um projeto para avaliar a qualidade metodológica de GPC para o tratamento farmacológico de DCNT, incluindo revisão sistemática e avaliação de qualidade por meio do AGREE II (MOLINO et al., 2017).

Dessa forma, segue a descrição dos materiais e métodos dessa revisão sistemática, da qual surgiu a pergunta em relação as DCNT: “Qual é a qualidade metodológica dos GPC com recomendações para o tratamento farmacológico de DCNT avaliada por meio do AGREE II?”. As seguintes DCNT foram elencadas: asma, doença pulmonar obstrutiva crônica, insuficiência cardíaca congestiva, dislipidemia, diabetes mellitus tipo 2, angina estável, fibrilação atrial, hipertensão arterial sistêmica, doença arterial coronariana, demência, depressão, doença do refluxo gastroesofágico, hiperplasia benigna de próstata, osteoartrite e osteoporose.

Assim, foi realizada uma busca sistemática por GPC, incluindo quaisquer documentos que contivessem recomendações para o tratamento farmacológico das DCNTs elencadas, escritos em Inglês, Português ou Espanhol, publicados entre janeiro 2011 e dezembro de 2016. Depois foi avaliado se algum dos GPC teve publicação de versão atualizada entre janeiro e agosto de 2017.

A qualidade dos GPC foi avaliada usando o instrumento AGREE II (Anexo 1). Três avaliadores fizeram a avaliação de forma independente e discutiram a

nota de cada item para os quais haja diferença de 2 pontos ou mais, e a nota final é o consenso entre os avaliadores. A pontuação em cada domínio foi calculada de acordo com o recomendado no manual do AGREE II (BROUWERS et al., 2010). Mais detalhes sobre o método dessa revisão podem ser consultados em Molino, et al. (MOLINO et al., 2017, 2019).

## **4.2 Aspectos relacionados a implementação**

### **4.2.1 Seleção dos guias de prática clínica**

Não há definição de pontuação mínima para os domínios ou padrões de pontuação entre os domínios do AGREE II para diferenciar GPC de alta e baixa qualidade. A orientação do manual do instrumento é que essa decisão seja tomada pelo usuário e orientada pelo contexto no qual o AGREE II está sendo utilizado (BROUWERS et al., 2010). Nesse estudo não se pretendeu adotar ou adaptar os GPC, mas sim avaliar aspectos relacionados à implementação. Por isso, optou-se por selecionar apenas os GPC de maior escore para os domínios 3 (rigor do desenvolvimento), 5 (aplicabilidade) e 6 (independência editorial), considerados os mais relevantes (HOFFMANN-ESSER et al., 2017, 2018b). Foi assumido o *cut off*  $\geq 60\%$  tal qual sugerido em estudos anteriores (HOFFMANN-ESSER et al., 2018a; THE ADAPTE COLLABORATION, 2009). Assim foi chamado de GPC de alta qualidade aquele que obteve escore  $\geq 60\%$  nos domínios 3, 5 e 6 do AGREE II.

### **4.2.2 Descrição dos guias de prática clínica**

Para facilitar as análises, os GPC foram identificados por códigos onde, as primeiras letras maiúsculas identificam o país (AUST=Austrália; CHI = Chile; COI = Colômbia; ESC = Escócia; ESP = Espanha; EUA = Estados Unidos; MY = Malásia; e RU = Reino Unido), seguidas da abreviação das doenças em letra minúscula e do ano de publicação.

A coleta de dados para descrever as características dos GPC de alta qualidade, incluídos na avaliação dos aspectos relacionados à implementação foi realizada por 2 pesquisadores.

Os dados extraídos foram: ano de publicação, país, doença, tipo de instituição desenvolvedora (governo, sociedade profissional ou universidade) e financiamento. A instituição desenvolvedora foi classificada como governo sempre que a elaboração do GPC foi conduzida ou envolveu algum órgão governamental. Entre os GPC classificados como universidade, estavam artigos científicos contendo recomendações para o tratamento farmacológico das DCNT elencadas. O financiamento foi classificado como público, privado, misto e sem fins lucrativos seguindo, sempre que possível, o que estava explícito no GPC, ou pela avaliação da instituição responsável pelo desenvolvimento do GPC.

As variáveis quantitativas foram descritas pela média e desvio padrão, ou mediana e intervalo interquartil (IQ). As variáveis qualitativas foram expressas pela frequência absoluta e relativa.

#### **4.2.3 Avaliação dos aspectos relacionados à implementação**

Para a avaliação dos aspectos relacionados à implementação, foi extraído todo o conteúdo relativo às estratégias e ferramentas de implementação, dos GPC e de documentos suplementares, sendo esses armazenado em uma planilha Excel®. Essa extração foi realizada por apenas um pesquisador.

O conteúdo foi dividido entre estratégia e ferramenta. Foi considerada estratégia o conteúdo dos GPC, os quais descreviam o que deveria ser feito; já ferramenta diz respeito a todo material de suporte que era referido no GPC e que estava disponível nos documentos complementares ao GPC.

A presença das estratégias foi então identificada de acordo com a taxonomia Mazza (MAZZA et al., 2013). Da mesma forma, as ferramentas de implementação extraídas dos GPC e de documentos complementares foram classificadas de acordo com a taxonomia e essa análise foi a base para avaliação das ferramentas de implementação mais comuns nos GPC.

A avaliação dos aspectos relacionados à implementação, foi realizada considerando o país de origem dos GPC, e foi composta pela análise da quantidade e tipo das estratégias presentes nos GPC incluídos, de acordo com a taxonomia proposta por Mazza, e também das ferramentas encontradas.

## **5. ASPECTOS ÉTICOS**

O estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina em 12/12/2018, observando aspectos de conflito de interesse (Anexo X).

## 6. RESULTADOS

### 6.1 Identificação dos guias de prática clínica

Os GPC foram identificados a partir da revisão sistemática conduzida em parceria com o grupo CHRONIDE e publicada em 2019 (MOLINO et al., 2019), chamado aqui de estudo CHRONIDE. Nessa revisão, foi avaliada a qualidade metodológica de 421 GPC empregando-se o AGREE II. Somente 99 (23%) GPC apresentavam escore  $\geq 60\%$  no domínio 3 (rigor de desenvolvimento), sendo, portanto, classificados como alta qualidade. O domínio 5 foi o domínio com menor escore na amostra dos 421 GPC incluídos na revisão sistemática (MOLINO et al., 2019), como pode ser observado na tabela 2.

### 6.2 Aspectos relacionados a implementação

#### 6.2.1 Seleção dos guias de prática clínica

Entre os GPC avaliados no estudo CHRONIDE, somente 20 apresentaram escore  $\geq 60\%$  para os domínios 3, 5 e 6, também apresentando média  $\geq 60\%$  em todos os demais domínios do AGREE II, como observado na tabela 2.

**Tabela 2: Comparação dos escores do AGREE II entre os 421 Guias de Prática Clínica (GPC) do estudo CHRONIDE e 20 GPC da avaliação de implementação, segundo domínios**

Domínio AGREE II*	n = 421		n = 20 <sup>#</sup>	
	media %	DP	media %	DP
1	62	17	90	6
2	37	33	81	2
3	38	33	83	1
4	69	70	88	7
5	28	22	77	1
6	42	42	82	11

Obs.: \* 1- escopo e finalidade; 2 - envolvimento de interessados; 3 - rigor de desenvolvimento; 4 - clareza da apresentação; 5 - aplicabilidade; 6 - Independência editorial; <sup>#</sup> GPC  $\geq 60\%$  domínios 3, 5 e 6; DP= desvio padrão

### 6.2.2 Descrição dos guias de prática clínica

A maioria (16; 80%) dos 20 GPC incluídos na avaliação dos aspectos relacionados à implementação foi desenvolvida por instituições governamentais, e quase a metade dos GPC (9; 45%) é para tratamento de doenças cardiovasculares. A **Tabela 3** apresenta as características dos GPC avaliados no estudo CHRONIDE e aqueles incluídas na avaliação de aspectos relacionadas a implementação (escore  $\geq$  60% domínios 3, 5 e 6 do AGREE II).

**Tabela 3: Características dos 421 Guias de Prática Clínica (GPC) do estudo CHRONIDE e dos 20 GPC da avaliação de implementação**

Variável	GPC CHRONIDE N= 421	GPC $\geq$ 60% domínios 3, 5 e 6 N= 20
<b>Ano</b>		
2011	42	0 (0,0)
2012	51	2 (3,9)
2013	83	5 (5,6)
2014	83	3 (3,6)
2015	64	0 (0,0)
2016	74	7 (9,5)
2017	24*	3 (12,5)*
<b>Região</b>		
América do Sul	54	6 (11,1)
Europa	124	10 (8,0)#
América do Norte	129	1 (0,8)
Ásia	55	2 (3,6)
Oceania	19	1 (5,3)
Transcontinental	20	0 (0,0)
Oriente médio	10	0 (0,0)
África	7	0 (0,0)
Não reportado	3	0 (0,0)
<b>DCNT</b>		
Doença cardiovascular <sup>a</sup>	170	11 (6,5)
Doença respiratória	56	4 (7,1)
Diabete Mellitus	51	2 (3,9)
Osteoporose	43	0 (0,0)
Depressão	31	1 (3,2)
Osteoartrite	23	0 (0,0)
Demência	22	1 (4,5)
Doença do refluxo gastroesofágico	17	1 (5,9)
Hiperplasia benigna de próstata	8	0 (0,0)
<b>Tipo de instituição</b>		
Governo	101	15 (14,9)
Universidade	107	2 (1,9)
Sociedade Profissional	213	3 (1,5)

<sup>a</sup> Doença cardiovascular inclui as seguintes condições: fibrilação atrial, insuficiência Cardiovasculares, doença coronariana, angina estável, hipercolesterolemia, e hipertensão arterial sistêmica.

\*Os GPC de 2017 eram atualizações de guias previamente incluídos.

# GPC produzidos em outros idiomas, sem versão publicada em inglês não foram incluídos.

O quadro 3 descreve as outras características dos GPC incluídos na análise de aspectos relacionados à implementação. A maioria teve financiamento público (16; 80%), e os países que mais produziram GPC de alta qualidade foram Reino Unido (6; 30%) e Colômbia (5; 25%).

**Quadro 3: Características dos Guias de Prática Clínica incluídos na análise de aspectos relacionados à implementação**

<b>Cód. GPC</b>	<b>Tipo de instituição</b>	<b>Financiamento</b>
AUSTcv2012	Governo	Público
AUSTdem2016	Governo	Misto
CHlasma2013	Governo	Público
COLdepre2013	Governo	Público
COLdpoc2014	Universidade	Público
COLdislp2014	Governo	Público
COLdm2016	Universidade	Público
COLhas2017	Governo	Público
ESCcv2016	Governo	Público
ESCasma2016	Governo	Público
ESPCv2012	Governo	Público
EUAcv2013	Governo	Sem fins lucrativos
MYdisl2017	Soc. profissional	Privado
MYcv2017	Soc. profissional	Privado
RUcv2014	Governo	Público
RUdrge2014	Governo	Público
RUhas2016	Governo	Público
RUangina2016	Governo	Público
RUpoc2018	Governo	Público
RUdm2017	Governo	Público

**Legenda:**

Países: (AUST=Austrália; CHI = Chile; COL = Colômbia; ESC = Escócia; ESP = Espanha; EUA = Estados Unidos; MY = Malásia; e RU = Reino Unido)

Doenças: cv= cardiovascular; dem = demência; depre = depressão; dislp = dislipidemia; has = hipertensão arterial sistêmica; drge = doença do refluxo gastro esofágico; dpoc = doença pulmonar obstrutiva crônica.

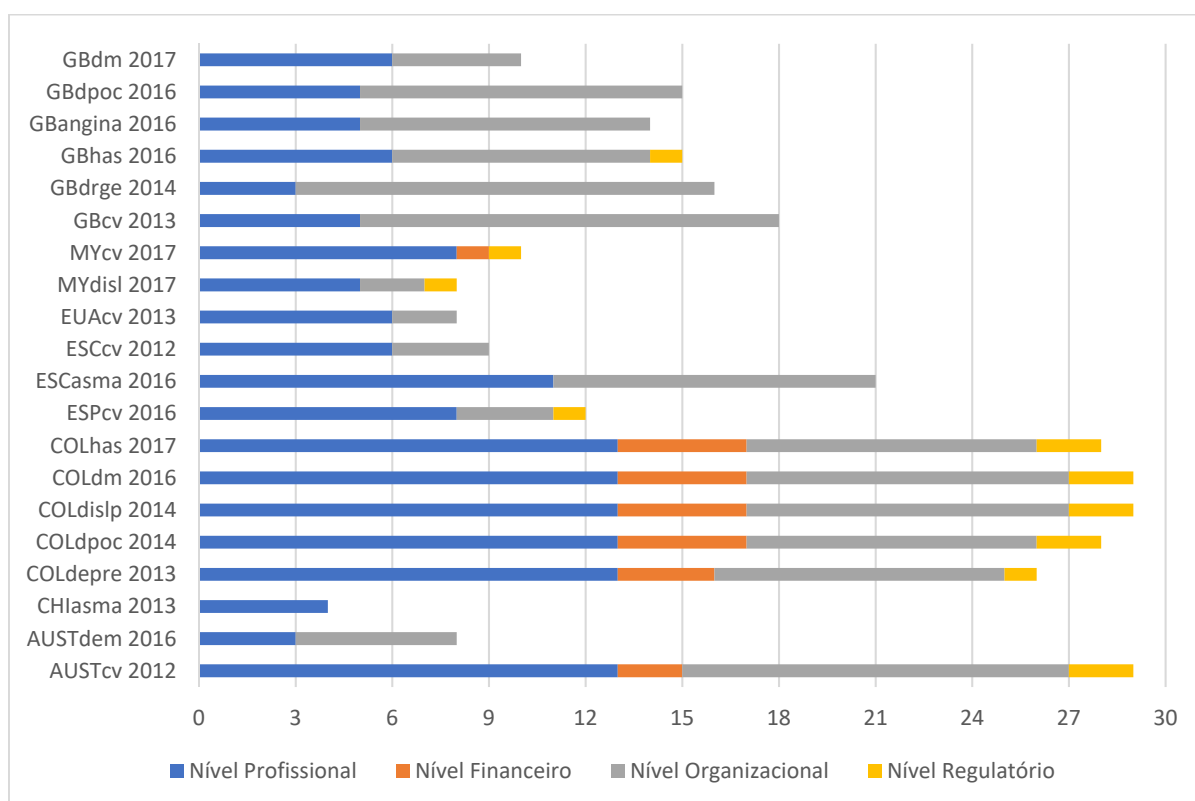
### 6.2.3 Avaliação das estratégias de implementação

O gráfico 1 representa o número de estratégias por nível por GPC. Somente as estratégias dos níveis profissional e organizacional são encontradas em todos os GPC de alta qualidade, e embora variem muito em número de

estratégias por GPC, a média de estratégias por GPC foi 16,8 com desvio padrão de 8,3.

Nenhum dos 20 GPC apresenta 30 ou mais estratégias das 49 definidas na taxonomia Mazza. O GPC desenvolvidos na Austrália para o gerenciamento de Risco Cardiovascular, contém 29 das 49 estratégias de implementação descritas pela taxonomia Mazza junto com os GPC da Colômbia de dislipidemia e diabetes melitus, seguido dos GPC da Colômbia de DPOC e hipertensão arterial com 28 das 49 estratégias como pode ser visto no gráfico 1. Também é possível notar que os GPC do Reino Unido em geral contêm um número ao redor de 15 das 49 estratégias.

**Gráfico 1: Número de Estratégias de Implementação por Guia de Prática Clínica (GPC) de acordo com diferentes níveis**



**Legenda:**

Países: (AUST=Austrália; CHI = Chile; COL = Colômbia; ESC = Escócia; ESP = Espanha; EUA = Estados Unidos; MY = Malásia; e RU = Reino Unido)

Doenças: cv= cardiovascular; dem = demência; depre = depressão; dislp = dislipidemia; has = hipertensão arterial sistêmica; drge = doença do refluxo gastro esofágico; dpoc = doença pulmonar obstrutiva crônica.

As estratégias de implementação presentes nos GPC são apresentadas nos **Quadro 4, 4A, 4B e 4C** agrupadas por país e separadas por nível de



implementação, profissional, financeiro, organizacional e regulatório respectivamente.

**Quadro 4: Estratégias de implementação segundo a taxonomia Mazza encontradas nos 20 Guias de Prática Clínica (GPC) agrupados por país de acordo com o Nível Profissional**

Estratégia	N	Proporção por país
Distribuir materiais de referência	18	Austrália (1/2; 50%), Chile (1/1;100%), Colômbia (5a/5;100%), Escócia (2/2;100%), EUA (1/1; 100%), Malásia (2a/2;100%), Reino Unido (6/6;100%)
Educar grupos de profissionais de saúde	18	Austrália (2/2;100%), Chile (1/1;100%), Colômbia (5a/5;100%), Espanha (1a/1;100%), Escócia (2/2;100%), EUA (1/1;100%), Malásia (2/2;100%), Reino Unido (4/6;67%)
Apresentação de materiais do GPC em reuniões	17	Austrália (1/2;50%), Chile (1/1;100%), Colômbia (5a/5;100%), Espanha (1a/1;100%), Escócia (2/2;100%), EUA (1/1;100%), Malásia (2a/2;100%), Reino Unido (4/6;67%)
Educar os profissionais de saúde individuais	16	Austrália (1/2;50%), Colômbia (5a/5;100%), Espanha (1a/1;100%), Escócia (2/2;100%), EUA (1/1;100%), Malásia (2/2;100%), Reino Unido (4/6;67%)
Identificar barreiras à implementação de diretrizes	15	Austrália (2/2;100%), Colômbia (5ab/5;100%), EUA (1/1;100%), Malásia (1/2;50%), Reino Unido (6ab/6;100%)
Fornecer feedback com dados e informações de pacientes para profissionais de saúde individuais ou grupos para melhorar a conformidade	13	Austrália (1/2;50%), Colômbia (5a/5;100%), Espanha (1/1;100%), Escócia (2/2;100%), EUA (1/1;100%), Reino Unido (3/6;50%)
Materiais de propaganda do GPC	11	Austrália (1/2;50%), Colômbia (5a/5;100%), Espanha (1a/1;100%), Escócia (2/2;100%), Malásia (2a/2;100%)
Fornecer feedback com base em dados e informações sobre conformidade com o GPC para profissionais ou grupos de profissionais de saúde	9	Austrália (1/2;50%), Colômbia (5a/5;100%), Espanha (1/1;100%), Escócia (1/2;50%), Reino Unido (1/6;17%)
Fornecer feedback com informações sobre pacientes para profissionais ou grupos de profissionais de saúde para melhorar a conformidade	9	Austrália (1/2;50%), Chile (1/1;100%), Colômbia (5a/5;100%), Espanha (1/1;100%), Escócia (1/2;50%)
Fornecer lembretes aos profissionais de saúde ou grupos individuais	8	Austrália (1/2;50%), Colômbia (5a/5;100%), Escócia (1/2;50%), Malásia (1/2;50%)
Fornecer alertas para profissionais de saúde ou grupos individuais quando a prática clínica se desvia do GPC	8	Austrália (1/2;50%), Colômbia (5a/5;100%), Escócia (1/2;50%), Malásia (1/2;50%)
Recrutar um líder de opinião que recomende a implementação do GPC	7	Austrália (1/2;50%), Colômbia (5a/5;100%), Reino Unido (1/6;17%)
Conseguir consenso entre os profissionais de saúde de que o GPC é apropriado para a implementação	7	Austrália (1/2;50%), Colômbia (5a/5;100%), Reino Unido (1/6;17%)
Feedback de informações de profissionais de saúde para indivíduos ou grupos para melhorar a conformidade	2	Espanha (1/1;100%), Escócia (1/2;50%)
Outros	1	Austrália (1/2;50%)

a) Descrições gerais, não específica para esse GPC; b) Barreiras e facilitadores descritos para cada recomendação

Os GPC da Colômbia (5), Escócia (2) e Austrália (2) incluem a maioria das estratégias do nível profissional. Chama a atenção que os GPC do Reino Unido (6) contêm estratégias de identificação de barreiras e de educação dos profissionais, porém estratégias relacionadas a alertas e feedback não são frequentes.

**Quadro 4A Estratégias de implementação segundo a taxonomia Mazza encontradas nos 20 Guias de Prática Clínica (GPC) agrupados por país de acordo com Nível Financeiro**

Estratégia		N	Proporção por país
Profissionais de Saúde	Incentivo aplicável a um profissional de saúde	6	Austrália (1/2;50%), Colômbia (5a/5;100%)
	Incentivo aplicável disponível para a instituição	6	Austrália (1/2;50%), Colômbia (5a/5;100%)
	Modificação de reembolso	5	Colômbia (5a/5;100%)
	Concessão ou subsídio concedido a um profissional de saúde	0	-----
	Subsídio ou subsídio concedido à instituição	0	-----
	Penalidade aplicável a um profissional de saúde	0	-----
	Penalidade aplicável à instituição	0	-----
	Outros	0	-----
Pacientes	Incentivo aplicável a um paciente	4	Colômbia (4a/5;80%)
	Bônus ou subsídio concedido a um paciente	0	-----
	Penalidade aplicável a um paciente	0	-----
	Outros	1	Malásia (1/2;50%)
a) Descrições gerais, não específica para esse GPC			

Os GPC da Colômbia são os que mais trazem estratégias relacionadas ao nível financeiro, porém de forma geral esse é um nível pouco explorados nos GPC incluídos. Nenhum dos 20 GPC contêm as seguintes estratégias: concessão ou subsídio concedido a um profissional de saúde; subsídios concedidos à instituição; penalidade aplicável a um profissional de saúde; penalidade aplicável à instituição; bônus ou subsídio concedido a um paciente.

**Quadro 4B: Estratégias de implementação segundo a taxonomia Mazza encontradas nos 20 Guias de Prática Clínica (GPC) agrupados por país de acordo com o Nível Organizacional**

Estratégia		N	Proporção por país
Profissionais de Saúde	Criação de uma equipe de implementação	10	Colômbia (5/5;100%); Espanha (1b/1;100%), Escócia (1/2;50%), EUA (1/2;50%), Reino Unido (2/6;33%)
	Realocação de funções para auxiliar a implementação	9	Austrália (1/2;50%), Colômbia (5b/5;100%), Escócia (1/2;50%), Reino Unido (2b/6;33%)
	Recursos humanos adicionais fornecidos para implementação	4	Austrália (1/2;50%), Reino Unido (3b/6;50%)
	Comunicação entre profissionais de saúde a distância	1	Escócia (1/2;50%)
	Satisfação do profissional de saúde melhorada	0	-----
	Outros	0	-----
Pacientes	Feedback do consumidor, sugestões e reclamações	11	Austrália (1/2;50%), Colômbia (5b/5;100%), Escócia (2/2;100%), Malásia (1/2;50%), Reino Unido (2/6;33%)
	Participação do consumidor na governança	8	Austrália (1/2;50%), Espanha (1/1;100%), Escócia (2/2;100%); Reino Unido (4/6;67%)
	Outros	6	Austrália (2a/2;100%), Espanha (1a/1;100%), Escócia (1a/2;50%); EUA (1a/1;100%); Malásia (1a/2;50%)
Estrutural	Mudança na estrutura organizacional	15	Austrália (2/2;100%), Colômbia (5b/5;100%), Escócia (1/2;50%), EUA (1/1;100%); Reino Unido(6b/6;100%)
	Alteração no método de entrega do serviço	13	Austrália (2/2;100%), Colômbia (5b/5;100%), Escócia (1/2;50%), Reino Unido(5b/6;83%)
	Mudança na integração de serviços	13	Austrália (2/2;100%), Colômbia (5b/5;100%), Escócia (1/2;50%), Reino Unido(5b/6;83%)
	Alterar para a configuração ou <i>site</i> de entrega de serviço	12	Austrália (1/2;50%), Colômbia (5b/5;100%), Reino Unido (6b/6;100%)
	Mudança na estrutura física, instalações ou equipamentos de um serviço	12	Austrália (1/2;50%), Colômbia (5b/5;100%), Reino Unido (6b/6;100%)
	Mudança nos sistemas de garantia de qualidade, melhoria de qualidade e / ou medição de desempenho	11	Austrália (1/2;50%), Colômbia (5b/5;100%), Reino Unido (5/6;83%)
	Mudança na tecnologia de informação e comunicação que suporta um serviço	7	Austrália (2/2;100%), Escócia (1/2;50%), Reino Unido (4b/6;67%)
	Alteração nas disposições de gerenciamento de risco	4	Colômbia (2c/5;40%), Escócia (1/2;50%), Reino Unido (1/6;17%)
	Outros	6	Reino Unido (6d/6;100%)

a) Educação ao paciente visando a conscientização, o envolvimento e a adesão; b) Descrições gerais, não específica para esse GPC; c) Autorizar exames específicos para seguimento do GPC (ex: espirometria, frações lipídicas, glicemia, etc) e acesso aos tratamentos recomendados pelo GPC (ex: broncodilatadores, insulina, etc); d) Compartilhamento de boas práticas entre serviços de saúde

No nível organizacional os GPC da Colômbia, Reino Unido e Austrália são os que apresentam estratégias com mais frequência, sendo comuns as estratégias na categoria estrutural, tais como mudança na estrutura organizacional (15; 75%), alteração no método de entrega dos serviços (13; 65%) e mudança na integração de serviços (13; 65%). Na categoria profissional de saúde a estratégia mais frequente foi criação de uma equipe de implementação (10; 50%) e feedback do consumidor (11; 55%) na categoria pacientes.

Apenas o GPC de insuficiência Cardiovasculares da Escócia menciona a comunicação a distância entre profissionais de saúde e pacientes como forma de melhorar a implementação. Nenhum dos 20 GPC traz qualquer orientação sobre satisfação dos profissionais de saúde como forma de melhorar o compromisso e a satisfação com a implementação do GPC.

**Quadro 4C: Estratégias de implementação segundo a taxonomia Mazza encontradas nos 20 Guias de Prática Clínica (GPC) agrupados por país de acordo com o Nível Regulatório**

Estratégia	N	Proporção por país
Mudança no licenciamento, credenciamento ou acreditação do serviço de saúde e seus elementos	8	Austrália (1/2;50%), Colômbia (5a/5;100%), Espanha (1/1;100%), Malásia (1/2;50%)
Mudança na propriedade ou afiliação (inclua qualquer alteração que aumente a probabilidade de sucesso na implementação)	2	Austrália (1/2;50%), Reino Unido (1/6;17%)
Mudança na legislação ou regulamentação	1	Malásia (1/2;50%)
Outros	4	Colômbia (4b/5;80%)
a) Descrições gerais, não específica para esse GPC; b) Definição de tempo mínimo para consulta 30 minutos		

Em relação ao nível regulatório, embora oito GPC mencionem estratégias relacionadas a mudança na acreditação dos serviços, essas estratégias não são detalhadas e em todos os casos são mencionadas de forma vaga, como sugestão a ser considerada.

#### 6.2.4 Avaliação das ferramentas de implementação

As ferramentas encontradas nos GPC estão listas nos quadros 5, 5A, 5B e 5C, no nível profissional, nível organizacional categorias, profissionais de saúde, pacientes e estrutural respectivamente.

**Quadro 5: Ferramentas de implementação nos 20 Guias de Prática Clínica (GPC) agrupados por país de acordo com o Nível Profissional**

Ferramenta	CÓDIGO DO GPC
Material de aula ( <i>slide set</i> )	RUhas 2016; RUangina 2016
Algoritmo Clínico	AUScv 2012; COLdepre 2013; COLdpoc 2014; COLhas 2017; ESPcv 2012; ESCasma 2016; ESCcv 2016; EUAcv 2013; RUcv 2013a; RUdrge 2014a; RUhas 2016a; RUangina 2016a; RUdpoc 2016a; RUdm 2017a
Aplicativo	ESCasma 2016; ESCcv 2016
Cenários de casos clínicos	RUhas 2016
Guia de consulta rápida	ESCasma 2016; ESCcv 2016
Guia para médicos	AUScv 2012; COLdepre 2013; COLdpoc 2014; COLdm 2016; COLhas 2017; ESPcv 2012; EUAcv 2013
Guia polifarmácia	ESCasma 2016
Guia prático sobre medicamentos	ESCcv 2016
Planilha com links para programas de educação	EUAcv 2013
Podcast com especialista	RUhas 2016
Pontos práticos em cada recomendação	AUScv 2012; AUSdem 2016
Programas de educação a distância, alertas	AUScv 2012
<i>Train the trainer</i> - treinamento oferecido pelo MS	COLhas 2017
Treinamento a distância sobre otimização de medicamentos	RUdm 2017
Treinamento anual para médicos	CHlasma 2013
Versão resumida	RUdpoc 2016
a) Algoritmo clínico é apresentado em formato PDF e como aplicativo	

**Legenda:**

Países: (AUST=Austrália; CHI = Chile; COL = Colômbia; ESC = Escócia; ESP = Espanha; EUA = Estados Unidos; MY = Malásia; e RU = Reino Unido)

Doenças: cv= cardiovascular; dem = demência; depre = depressão; dislp = dislipidemia; has = hipertensão arterial sistêmica; drge = doença do refluxo gastro esofágico; dpoc = doença pulmonar obstrutiva crônica.

As ferramentas mais frequentemente encontradas no nível profissional são algoritmos clínicos e guias para médicos.

**Quadro 5A: Ferramentas de implementação nos 20 Guias de Prática Clínica (GPC) agrupados por país de acordo com o Nível Organizacional, categoria profissional de saúde**

Ferramenta	GPC
Links para ferramentas de implementação de outras fontes	EUAcv 2013
Relatório do que não fazer (Do not Information)	RUcv 2013; RUdrge 2014; RUhas 2016; RUangina 2016; RUdpoc 2016; RUdm 2017
Relatório NICEimpact - Prevenção de doenças cardiovasculares	RUcv 2013a; RUhas 2016b
Relatório NICEimpact – Diabetes	RUdm 2017c
a) Apresenta acompanhamento de uso de anticoagulante em pacientes portadores de fibrilação atrial pós 2014 (ano de publicação desse GPC); b) Apresenta proporção de pacientes que atingiram o objetivo de controle de pressão arterial após publicação desse GPC; c) Apresenta indicadores de prevenção como número de pessoas referenciadas para especialista e que compareceram a primeira visita, e também indicadores de tratamento como proporção de pacientes que apresentaram complicação da doença.	

**Legenda:**

Países: (AUST=Austrália; CHI = Chile; COI = Colômbia; ESC = Escócia; ESP = Espanha; EUA = Estados Unidos; MY = Malásia; e RU = Reino Unido)

Doenças: cv= cardiovascular; dem = demência; depre = depressão; displp = dislipdemia; has = hipertensão arterial sistêmica; drge = doença do refluxo gastro esofágico; dpoc = doença pulmonar obstrutiva crônica.

Os GPC do Reino Unido são os que apresentam mais ferramentas no nível organizacional, categoria profissional de saúde. Se destacam os relatórios do que não fazer, e os relatórios NICEimpact. Esses bastante completos e com a avaliação de indicadores de monitoramento definidos nos GPC como uso de anticoagulantes, proporção de pacientes em controle de pressão arterial, e proporção de pacientes que apresentam complicações.

**Quadro 5B: Ferramentas de implementação nos 20 Guias de Prática Clínica (GPC) agrupados por país de acordo com o Nível Organizacional, categoria Pacientes**

Ferramenta	GPC
<i>Checklist</i> de Comunicação com paciente	ESCcv 2016
Envio de alertas/lembretes	AUScv 2012
Ferramenta de suporte a decisão	AUScv 2012; RUcv 2013a; RUdm 2017a; RUdrge 2014b
Guia de decisão compartilhada	EUAcv 2013
Guia para cuidadores	COLdepre 2013; COLdpoc 2014; COLdislp 2014; COLdm 2016; COLhas 2017; ESCcv 2016
Guia para paciente	AUScv 2012; ESCasma 2016; ESCcv 2016
Impresso e eletrônico	AUScv 2012
Plano de ação personalizado para pacientes ( <i>Your Asma Action Plan</i> )	ESCasma 2016
Resumo em linguagem leiga	AUSdem 2016
<i>Talk to me</i> - material para facilitar comunicação com pacientes com demência	AUSdem 2016
Telefones e links para informação adicional e suporte	ESCasma 2016; ESCcv 2016
<i>Website</i> de informações para pacientes	RUcv 2013; RUdrge 2014; RUhas 2016; RUangina 2016; RUdpoc 2016; RUdm 2017
a) <i>Patient decision aid</i> ; b) <i>Option grid</i>	

**Legenda:**

Países: (AUST=Austrália; CHI = Chile; COI = Colômbia; ESC = Escócia; ESP = Espanha; EUA = Estados Unidos; MY = Malásia; e RU = Reino Unido)

Doenças: cv= cardiovascular; dem = demência; depre = depressão; dislp = dislipdemia; has = hipertensão arterial sistêmica; drge = doença do refluxo gastro esofágico; dpoc = doença pulmonar obstrutiva crônica.

Na categoria pacientes do nível organizacional, ferramentas como guia para cuidadores, website com informações para pacientes e ferramentas de suporte a decisão, foram as mais frequentes.

**Quadro 5C: Ferramentas de implementação nos 20 Guias de Prática Clínica (GPC) agrupados por país de acordo com o Nível Organizacional, categoria Estrutural**

Ferramenta	GPC
Ferramenta de gerenciamento de mal nutrição em pacientes com DPOC	RUdpoc 2016
Guia de dicas de implementação	RUhas 2016
Guia de passos práticos para implementação	RUDrge 2014; RUhas 2016; RUangina 2016; RUdpoc 2016; RUdm 2017
Guia de passos práticos para melhorar qualidade do cuidado e serviço	RUcv 2013
Guideline in Practice - website com materiais educacionais e outras ferramentas para promover a implementação dos GPC na atenção primária	ESCasma 2016
Indicadores de performance	AUScv 2012
Indicadores específicos	RUcv 2013; RUDrge 2014; RUhas 2016; RUangina 2016; RUdpoc 2016; RUdm 2017
Informações compartilhadas ( <i>Shared Learning Information</i> ) de experiências de implementação de diferentes serviços de saúde do país	RUcv 2013; RUDrge 2014; RUangina 2016; RUdm 2017
Lista de indicadores	ESCcv 2016; MYdisl 2017; MYcv 2017
Orientações sobre estilo de vida	MYcv 2017
Padrão de qualidade para Hipertensão	RUhas 2016
Planilha de avaliação inicial de parâmetros	RUcv 2013; RUDrge 2014; RUhas 2016; RUangina 2016; RUdpoc 2016; RUdm 2017
Planilha de acompanhamento de erradicação de <i>H. pylori</i>	RUDrge 2014
Planilha de auditoria de intervenções clínicas	RUDrge 2014
Planilha de indicadores de implementação	CHlasma 2013; COLdepre 2013; COLdpoc 2014; COLdislp 2014; COLdm 2016; COLhas 2017; EUAcv 2013
Planilha de levantamento de custos	RUcv 2013; RUdm 2017
Plano de difusão e implementação	ESPcv 2012
Plano de implementação	COLdepre 2013; COLdpoc 2014; COLdislp 2014; COLdm 2016; COLhas 2017
Prioridades para implementação	RUcv 2013; RUDrge 2014; RUhas 2016; RUangina 2016; RUdm 2017
Programa de controle de fatores obesogênicos	MYcv 2017
Programa de controle do fumo	MYcv 2017
Programa de redução consumo de sal	MYcv 2017
Programa Nacional Comunidade saudável	MYcv 2017
Relatório de custos	RUcv 2013; RUDrge 2014; RUdm 2017
Relatório e planilha de impacto de recursos	RUdpoc 2016

**Legenda:**

Países: (AUST=Austrália; CHI = Chile; COI = Colômbia; ESC = Escócia; ESP = Espanha; EUA = Estados Unidos; MY = Malásia; e RU = Reino Unido)

Doenças: cv= cardiovascular; dem = demência; depre = depressão; dislp = dislipdemia; has = hipertensão arterial sistêmica; drge = doença do refluxo gastro esofágico; dpoc = doença pulmonar obstrutiva crônica.

Ainda no nível organizacional, na categoria estrutural nos GPC do Reino Unido foram encontradas ferramentas como indicadores específicos, planilhas para avaliação inicial de parâmetros, e lista de prioridades para implementação. Nessa mesma categoria os GPC da Colômbia trazem ferramentas como planilha de indicadores de implementação e plano de implementação.



## 7. DISCUSSÃO

### 7.1 Características gerais dos guias de prática clínica incluídos

Em relação a origem do GPC, fica evidente que, apesar de Estados Unidos e Canadá terem sido responsáveis pela elaboração do maior número de GPC avaliados no estudo CHRONIDE (129), somente um desses GPC foi considerado de alta qualidade no presente estudo. A inclusão dos domínios 5 (aplicabilidade) e 6 (independência editorial), como critério de alta qualidade, eliminou quase todos os GPC desses países. A conformação dos sistemas de saúde dos EUA e Canadá pode ser a razão para tal resultado, levando em consideração que nos EUA não há um programa nacional de desenvolvimento de GPC, e o sistema é bastante fragmentado.

Já no Canadá, embora a agência para medicamentos e tecnologias em saúde (CADTH) seja responsável pela avaliação de tecnologias em saúde e por elaborar recomendações, as províncias são autônomas, e em geral os GPC são produzidos por sociedades médicas (MOLINO et al., 2019). De acordo com Gagliardi e colaboradores, os GPC produzidos por sociedades médicas apresentam menor escore no domínio 5 (aplicabilidade) do AGREE II, ou seja, GPC produzidos por sociedades médicas contém menos orientações de implementação (GAGLIARDI; BROUWERS, 2015). Desse modo, podemos considerar que essa é a razão pela qual nenhum GPC do Canadá ter sido considerado de alta qualidade nesse estudo; entretanto, pretende-se explorar essa possibilidade em estudos futuros.

A Europa foi a segunda região com maior número de GPC no estudo CHRONIDE, ainda que não tenham sido incluídos GPC para os quais não houvessem versão completa publicada em inglês. Entre os GPC de alta qualidade a Europa acumulou metade da amostra (10; 50%), sendo 6 (30%) do Reino Unido, todos desenvolvidos pelo NICE.

O NICE foi estabelecido em 1999, e em 2009 assumiu a responsabilidade de desenvolver e manter indicadores de qualidade, no chamado *Quality*

*Outcomes Framework* (QOF). Assim, o NICE desenvolve e avalia os resultados dos GPC como parte de um programa, fato que pode ter contribuído para que os GPC do NICE tenham atingido alta qualidade (NICE, 2019).

Todos os GPC do Reino Unido apresentam prioridades de implementação, dentre elas estão listadas estratégias nos níveis profissional e organizacional. Todavia, estratégias dos níveis financeiro e regulatório não são mencionadas, e uma possível razão para isso é a estrutura do sistema de saúde do país onde o financiamento se dá, tendo como base a arrecadação federal por meio do departamento de saúde (DH) responsável pela alocação dos recursos desse setor (NICOLETTI; FARIA, 2017).

Por isso, estratégias como: incentivos financeiros, mudança no licenciamento, credenciamento ou acreditação do serviço de saúde e seus elementos, não estão sob responsabilidade do NICE. Isso não significa dizer que estratégias de incentivo financeiros não existam no Reino Unido, mas apenas não foram encontradas nos GPC e documentos complementares disponibilizados pelo NICE.

Embora a América Latina tenha sido a quarta região com maior número de GPC no estudo CHRONIDE (54), foi aquela com maior proporção de GPC considerados de alta qualidade (6; 11%), mas deve-se destacar que esse protagonismo foi praticamente monopolizado pelos GPC produzidos pela Colômbia (5 dos GPC considerados de alta qualidade).

Os GPC da Colômbia são elaborados pelo Instituto de Avaliação e tecnologia em saúde (IETS), estabelecido em 2012 pelo Departamento de Ciência Tecnologia e Inovação da Colômbia (COLCIENCIAS). Além da elaboração dos GPC, o IETS também é responsável pelo desenvolvimento de estratégias e ferramentas de implementação, fato que pode contribuir para a qualidade dos GPC da Colômbia. (IETS, 2019)

Em relação a região asiática somente dois GPC da Malásia foram considerados de alta qualidade. Os GPC da Malásia são desenvolvidos sob responsabilidade do Ministério da Saúde. Em 2003 foi publicada a primeira versão do manual de desenvolvimento e implementação de GPC baseados em

evidência, e uma segunda versão foi publicada em 2015 (MALAYSIA, 2015). A implementação na Malásia é considerada parte do processo de elaboração dos GPC, o que pode contribuir para a qualidade dos GPC do país.

No estudo CHRONIDE a maioria dos GPC foram elaborados por sociedades profissionais (213), mas poucos (3; 1,5%) foram classificados como de alta qualidade. Entre os 101 GPC elaborados por governo, 15 (14,9%) foram classificados como de alta qualidade, muitos elaborados em países com programas de desenvolvimento de GPC como Reino Unido (6), Colômbia (5), Escócia (3).

O programa da Colômbia foi estabelecido em 2012, e é possível notar que está em estágio diferente de desenvolvimento, quando comparado ao Reino Unido, por exemplo. O conteúdo da sessão dedicada a implementação nos GPC da Colômbia, é muito semelhante, isto é, independe da doença; já nos GPC desenvolvidos pelo NICE o conteúdo da implementação é específico para cada GPC.

Não foi possível avaliar se houve aumento do número de GPC de alta qualidade ao longo do tempo, já que no estudo CHRONIDE foram consideradas apenas a versão mais atual de cada GPC publicada até agosto de 2017. Embora o ano de 2016 tenha se destacado por ter publicado o maior número de GPC de alta qualidade (7; 35%), esse resultado foi um acontecimento isolado.

## **7.2 Avaliação das estratégias de implementação**

A maioria das estratégias de implementação presentes nos GPC avaliados estão concentradas nos níveis profissional e organizacional, sendo as mais frequentes: distribuir materiais de referência (18; 80%), educar grupos de profissionais, educar os profissionais de saúde individuais (18; 80%), e apresentação de materiais do GPC em reuniões (17; 85%). Resultados semelhantes foram reportados em pesquisas sobre implementação de GPC em países em desenvolvimento (PANTOJA et al., 2017). Essas estratégias envolvem poucos recursos e são de simples execução, porém o impacto, por

exemplo, das reuniões educacionais tem sido avaliado como baixo (FORSETLUND; A BJØRNDAL; A RASHIDIAN, 2009).

A identificação de barreiras foi encontrada em 15 dos 20 GPC. Entretanto, os GPC não apresentam nenhuma orientação sobre como proceder a identificação de barreiras. O manual de implementação de GPC da Colômbia apenas descreve diferentes técnicas para identificação de barreiras como *brainstorming*, pesquisa, grupos focais, estudo de caso, entre outras (SALUD; SOCIAL, 2014).

A respeito do *brainstorming*, trata-se de uma técnica considerada simples sem custo, e adequada na área de doenças crônicas. (KRAUSE; VAN LIESHOUT; KLOMP, et al., 2014). Incluir nos GPC orientação sobre como proceder a identificação de barreiras pode ajudar as instituições que irão implementar os GPC a realizarem esse passo fundamental, antes de escolherem as estratégias de implementação mais adequadas ao contexto.

Os GPC de alta qualidade, incluídos nesse estudo, não orientam como escolher estratégias de implementação com base nas barreiras identificadas. Em uma revisão de escopo sobre as tendências na implementação de GPC, Gagliardi e colaboradores mostraram que não houve mudança ao longo do tempo na definição de estratégias com base na identificação de barreiras, apesar da maior conscientização sobre a relevância desse processo no resultado em saúde, e da infinidade de publicações de modelos, teorias, taxonomias, e *frameworks* para auxiliar a implementação (GAGLIARDI; ALHABIB; GROUP, 2015).

A escolha de estratégias de implementação adequadas para superar barreiras de contexto foi estudada por Waltz e colaboradores. (WALTZ; POWELL; FERNÁNDEZ et al., 2019). Nesse estudo eles desenvolveram uma ferramenta que estabelece uma relação entre as barreiras de contexto listadas no *framework Consolidated Framework for Implementation Research* (CFIR), e as estratégias de implementação do modelo *Expert Recommendations for Implementing Change compilation* (ERIC). A ferramenta chamada CFIR-ERIC está disponível, e pode ajudar as instituições a escolherem estratégias direcionadas a barreiras de contexto.

Nenhum dos GPC de alta qualidade traz de forma clara a relação entre estratégia de implementação e barreiras identificadas, sendo esse então um ponto de atenção que deve ser melhor explorado pelas instituições que desenvolvem GPC.

Alguns estudos mostram que o uso de estratégias de implementação do tipo alertas e *reminders* tem potencial de melhorar a adesão as recomendações dos GPC (FLODGREN et al., 2016; MIDDLETON; CROWTHER, 2014; STEIN et al., 2018), porém não foram comuns orientações desse tipo nos GPC analisados. A orientação mais frequente se refere a fornecer feedbacks com dados e informações de pacientes para os profissionais de saúde (13; 65%), e entre os GPC da Colômbia e Austrália é frequente a referência a outros alertas e feedbacks com base em informações de conformidade e desvios em relação ao GPC.

A importância de incentivos e penalidades financeiras como estratégias de implementação traz em si uma série de barreiras relacionadas ao contexto, aos diferentes papéis dos profissionais envolvidos na implementação, entre outras (KILBOURNE et al., 2018). O efeito dessas estratégias na implementação pode inclusive ser negativo em ações de prevenção como apontado no estudo de Wee e colaboradores (WEE, C. C., et al., 2001). Assim a escassez de estratégias no nível financeiro nos GPC de alta qualidade pode estar relacionada as dificuldades envolvidas em sua aplicação.

Os GPC da Colômbia trazem orientações gerais e teóricas quanto a utilização de benefício financeiro ou recompensa para profissionais e pacientes para facilitar a implementação. O estudo sobre implementação do GPC de doenças sexualmente transmissíveis na Colômbia mostrou que as estratégias e ferramentas de implementação desenvolvidas pelo IETS melhoram o entendimento das instituições e dos profissionais, porém as organizações não podem garantir os recursos necessários para a implementação das recomendações dos GPC (MORENO, et al., 2017) O diálogo sobre estratégias de implementação no nível financeiro, entre as instituições que desenvolvem os GPC, os prestadores de serviços de saúde, pode ser um caminho para melhorar a implementação dos GPC.

No nível organizacional, categoria profissionais de saúde, estratégias como estabelecimento de uma equipe de implementação (10; 50%) e realocação de funções (9; 45%), são as mais frequentes. Apesar de indicarem o estabelecimento de equipes de implementação, os GPC de alta qualidade não mencionam qual deve ser a composição das equipes ou o treinamento adequado necessário.

A equipe responsável pela implementação deveria ser treinada para essa tarefa, entretanto estudos mostram que embora existam programas de treinamento em ciência da implementação, poucos são destinados aos profissionais que serão responsáveis na prática pelo planejamento e pela execução das estratégias de implementação. Esses estudos chamam esses profissionais de *implementers*, *implementation champions*, *knowledge brokers* e *facilitators* (PROCTOR; RAMSEY; BROWN, et al., 2019).

Já na categoria pacientes do nível organizacional, foi frequente (11; 55%) encontrar orientações para feedback do consumidor, especialmente nos GPC do Reino Unido.

Ainda no nível organizacional, a categoria estrutural foi bastante frequente em orientações relacionadas a mudanças na estrutura organizacional (15; 75%), seguida de mudanças no método de entrega dos serviços (13; 65%) e na integração entre os serviços de saúde (13; 65%), especialmente nos GPC da Austrália, Colômbia e Reino Unido.

As estratégias no nível organizacional, nas 3 categorias, são bastante sensíveis as questões de contexto, como disponibilidade de recursos, e estrutura dos serviços de saúde, além de aspectos culturais e envolvimento dos pacientes na gestão do cuidado em saúde. (NILSEN; BERNHARDSSON, 2019).

Como discutido anteriormente, os GPC não apresentam orientações sobre identificação de barreiras de contexto e estabelecimento de estratégias específicas para superar as barreiras identificadas. Por isso, as estratégias definidas nos GPC para o nível organizacional são bastante inespecíficas.

No nível regulatório, a orientação mais frequente está relacionada a mudanças na acreditação (8; 40%), porém em geral esse é o nível menos

desenvolvido nos 20 GPC. A relação entre o processo de melhoria de qualidade e estratégias de implementação de GPC é bastante estreita (RW; KK; L, 2015). Desse modo, seria esperado que os GPC de alta qualidade contivessem mais estratégias relacionadas a melhoria de qualidade como mudanças na acreditação dos serviços de saúde.

Foi possível observar que as estratégias de implementação apresentadas nos GPC de alta qualidade são gerais, teóricas e baseadas em discussão de literatura quanto a efetividade dos diferentes tipos de intervenção, especialmente nos GPC da Colômbia e Austrália. Essas orientações servem para os serviços de saúde desenvolverem suas estratégias considerando seu contexto, porém podem não ser suficientes.

Um dos documentos complementares aos GPC da Colômbia é o *Manual de implementación de guías de práctica clínica basadas en evidencia, en instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia*, publicado pelo Ministério da Saúde e Proteção Social em 2014 (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, et al., 2014). Esse manual busca orientar os serviços de saúde por meio da definição de um modelo de implementação, suas fases e materiais de apoio.

### **7.3 Avaliação das ferramentas de implementação**

Não foram encontradas ferramentas relacionadas aos níveis financeiro e regulatório, o que é consistente com a avaliação das estratégias de implementação dos GPC, onde esses níveis são menos desenvolvidos.

No nível profissional, foi bastante comum encontrar algoritmos clínicos e versões dos GPC para médicos, além de materiais para aulas e apresentações dos GPC. Esse tipo de ferramenta tem como objetivo principal divulgar os GPC para os profissionais de saúde, e pode ser entendida como uma estratégia básica e essencial para disseminar os GPC, porém estudos mostram que sozinha essas estratégias não são suficientes. (FRANCKE; VEER; MISTIAEN, 2008)

Ainda no nível profissional, os GPC do Reino Unido tiveram destaque com ferramentas como o NICEimpact de prevenção de doenças cardiovasculares e o NICEimpact diabetes, como relatórios com feedback com base em dados e informações sobre conformidade com o GPC.

Esses relatórios têm como objetivo avaliar a aceitação das recomendações dos GPC produzidos pelo NICE e também medir o impacto dos mesmos nos desfechos de saúde. O GPC de Diabetes Mellitus tipo 2, aqui identificado como RUdm 2017, recomenda, por exemplo, que seja oferecido aos pacientes um programa de educação entre 6 e 12 meses após o diagnóstico. O NICEimpact Diabetes mostra que em 2015 o programa foi oferecido para 76,6% dos pacientes com Diabetes tipo 2 e que 7,1% participaram do programa no período de 12 meses após o diagnóstico. Aumentar a participação dos pacientes nos programas é apontada no relatório como uma área de atenção onde os resultados ainda não são satisfatórios. (NICE, 2018)

Avaliações desse tipo são fundamentais para aprimorar as recomendações das próximas versões do GPC, promovendo a melhoria constante dos mesmos.

Já em relação ao nível organizacional são mais frequentes as ferramentas relacionadas a categorias paciente e foi comum encontrar versões dos GPC em linguagem leiga para pacientes e cuidadores.

A adoção de ferramentas de suporte à decisão, com base na boa comunicação, autonomia do paciente e envolvimento ativo na escolha do tratamento, tem sido debatida na literatura como fundamental para a evolução do sistema de saúde para um sistema baseado em valor (BAE, 2017). Foram encontradas ferramentas de suporte a decisão, como *decision aids* e *Option grid*, em apenas 3 GPC do Reino Unido.

Embora ferramentas desse tipo sejam bastante conhecidas, para serem confiáveis seu desenvolvimento deve ser feito com cautela. É importante evitar que interesses científicos, financeiros, e ideológicos superem o benefício de aumentar a participação dos pacientes na decisão, por meio da apresentação balanceada de riscos e benefícios e considerando os valores e preferências dos pacientes (MOORE; STRAUS; KASPERAVICIUS, 2017).



Além disso, para que as ferramentas de suporte à decisão sejam adotadas é necessário engajar os profissionais de saúde e a organização, de maneira que não causa surpresa que essas ferramentas tenham sido encontradas apenas em GPC do NICE, instituição que conta com recursos e pesquisadores experientes.

Na categoria estrutural as ferramentas mais comuns encontradas são as planilhas com indicadores de acompanhamento de implementação, planos de implementação e planilhas para avaliação inicial de parâmetros.

No caso dos GPC do Reino Unido, no website do NICE são encontradas outras ferramentas como planilha e relatório de acompanhamento de custos, relatórios de lições compartilhadas com a experiência de implementação de diferentes serviços de saúde além de guias práticos para implementação.

A avaliação do contexto é fundamental para o trabalho de implementação de GPC (THEOBALD, et al., 2018), especialmente na atenção primária (LAU, et al., 2016), mas existem lições que podem ser aprendidas com base nas experiências em diferentes contextos. A disponibilização de relatórios de lições aprendidas como feita pelo NICE pode ser relevante para acelerar o processo de implementação em diferentes serviços de saúde.

#### **7.4 Principais aspectos de implementação de GPC de alta qualidade**

Reduzir a lacuna entre o conhecimento científico e a prática clínica é um dos objetivos dos estudos de implementação, área que tem ganhado espaço na literatura científica. O artigo de política de saúde publicado no Lancet em 2019 é um chamamento para ação em implementação como um caminho para melhorar o sistema de saúde (THEOBALD, et al., 2018). Porém, mesmo os GPC de alta qualidade e com escores altos no domínio aplicabilidade do AGREE II, revelam uma situação preocupante. Ainda estamos em uma fase de discussão de terminologia, teorias e poucas orientações práticas são disponibilizadas pelas instituições responsáveis pelo desenvolvimento dos GPC.

O compartilhamento das práticas de implementação não é comum, e isso não colabora para acelerar o processo de melhoria de implementação. A colaboração internacional para desenvolvimento de GPC avançou, porém ainda

pode avançar em relação as experiências de implementação (WENSING; GROL, 2019).

Iniciativas como a do NICE de publicar relatórios de acompanhamento dos indicadores de implementação são fundamentais para o processo de melhoria contínua.

Estudos recomendam que os GPC contenham orientações sobre implementação (GAGLIARDI; MARSHALL; MOORE, et al., 2005). A análise do conteúdo de implementação dos GPC de alta qualidade ajuda a entender como essa recomendação tem sido colocada em prática pelas instituições que desenvolvem GPC.

A conexão entre estratégia de implementação e barreira não está clara nos GPC de alta qualidade avaliados. Esse deve ser um ponto de atenção para as instituições que desenvolvem GPC, à medida que estratégias direcionadas a superar barreiras identificadas podem ser mais efetivas. (JÄGER; STEINHÄUSER; FREUND, et al., 2016)

O monitoramento da implementação dos GPC não é uma rotina na maioria das instituições. Publicações com dados de monitoramento como os relatórios NICEimpact, poderiam acelerar o aprendizado das instituições. Outros estudos como entrevistas estruturadas com profissionais de saúde sobre estratégias de implementação podem trazer informações importantes quanto as estratégias mais aceitas e eficientes. (ADAMS; LEEMAN; ROHWEDER, et al., 2018)

Com o objetivo de avaliar os avanços na área de implementação, e melhoria da prática em saúde, Michel Wensing e Richard Grol listaram os principais desafios da área e como superá-los. Entre os desafios listados, estão a falta de relação entre barreiras e estratégias e falta de rotina de monitoramento dos resultados de implementação, também verificados no presente estudo. Outros desafios são: proliferação de teorias, listas e *frameworks* sem foco na validação e refinamento do que já é conhecido; falta de envolvimento de diferentes atores no desenho dos programas de melhoria; e, por fim, a falta de rotina de avaliação abrangente de programas dos melhoria e implementação (WENSING; GROL, 2019).

Essa foi a primeira avaliação de estratégias de implementação em GPC de alta qualidade usando a taxonomia Mazza, et al. Ainda que o número de GPC com escore  $\geq 60\%$  nos domínios 3, 5 e 6 do AGREE II tenha sido pequeno, foi importante observar que as instituições que desenvolvem GPC estão incorporando estratégias de implementação nos GPC, especialmente as relacionadas aos níveis profissional e organizacional.

## 8. CONCLUSÃO

A avaliação dos aspectos de implementação dos GPC de alta qualidade, contendo recomendações para o tratamento farmacológico (GPC-TF) de DCNT, revelou que os países com programa de desenvolvimento de GPC - como Reino Unido e Colômbia - produzem GPC, com estratégias e ferramentas de implementação de forma consistente. Além disso, os níveis de intervenção mais desenvolvidos foram os de níveis profissional e organizacional.

Primeiramente, no nível profissional foi frequente encontrar estratégias de divulgação dos GPC e educação/treinamento dos profissionais de saúde.

Já no nível de intervenção organizacional foram encontradas estratégias nas três categorias profissional, paciente e estrutural, sendo as mais frequentes por categoria equipe de implementação, feedback do consumidor e mudanças organizacionais.

As ferramentas encontradas estão relacionadas aos níveis profissional e organizacional, sendo as mais frequentes são voltadas a treinamento e divulgação dos GPC para profissionais de saúde e público leigo, além de planilhas de avaliação inicial de parâmetros e acompanhamento de indicadores.

Desse modo, é evidente que os níveis financeiros e regulatórios são os menos desenvolvidos, tanto em relação às estratégias, quanto às ferramentas.

Chamou a atenção a falta de conexão entre as estratégias de implementação e as barreiras de contexto.

Assim, pode-se concluir que existem adequações de implementação, a serem adotadas pelas instituições que desenvolvem GPC, visando melhorar o impacto dos GPC nos resultados em saúde, além de possibilitar a melhoria do sistema.

## 9. ANEXOS

### 9.1 Anexo 1- Questionário AGREE II

<b>Domínio</b>	<b>Perguntas</b>
<b>DOMÍNIO 1. ESCOPO E FINALIDADE</b>	1. O(s) objetivo(s) geral(is) da(s) diretriz(es) encontra(m)-se especificamente descrito(s).
	2. A(s) questão(ões) de saúde coberta(s) pela diretriz encontra(m)-se especificamente descrita(s).
	3. A população (pacientes, público, etc.) a quem a diretriz se destina encontra-se especificamente descrita.
<b>DOMÍNIO 2. ENVOLVIMENTO DAS PARTES INTERESSADAS</b>	4. A equipe de desenvolvimento da diretriz inclui indivíduos de todos os grupos profissionais relevantes.
	5. Procurou-se conhecer as opiniões e preferências da população-alvo (pacientes, público, etc.)
	6. Os usuários-alvo da diretriz estão claramente definidos.
<b>DOMÍNIO 3. RIGOR DO DESENVOLVIMENTO</b>	7. Foram utilizados métodos sistemáticos para a busca de evidências.
	8. Os critérios para a seleção de evidências estão claramente descritos
	9. Os pontos fortes e limitações do corpo de evidências estão claramente descritos.
	10. Os métodos para a formulação das recomendações estão claramente descritos.
	11. Os benefícios, efeitos colaterais e riscos à saúde foram considerados na formulação das recomendações.
	12. Existe uma relação explícita entre as recomendações e as evidências que lhe dão suporte.
	13. A diretriz foi revisada externamente por experts antes da sua publicação
<b>DOMÍNIO 4. CLAREZA DA APRESENTAÇÃO</b>	14. Um procedimento para atualização da diretriz está disponível.
	15. As recomendações são específicas e sem ambiguidade.
	16. As diferentes opções de abordagem da condição ou problema de saúde estão claramente apresentadas
<b>DOMÍNIO 5. APLICABILIDADE</b>	17. As recomendações-chave são facilmente identificadas.
	18. A diretriz descreve os fatores facilitadores e as barreiras para sua aplicação.
	19. A diretriz traz aconselhamento e/ou ferramentas sobre como as recomendações podem ser colocadas em prática.
	20. Foram consideradas as potenciais implicações quanto aos recursos decorrentes da aplicação das recomendações.
<b>DOMÍNIO 6. INDEPENDÊNCIA EDITORIAL</b>	21. A diretriz apresenta critérios para o seu monitoramento e/ou auditoria.
	22. O parecer do órgão financiador não exerceu influência sobre o conteúdo da diretriz.
	23. Foram registrados e abordados os conflitos de interesse dos membros da equipe que desenvolveram a diretriz.

## 9.2. Taxonomia MAZZA , et al., 2013

Strategies for implementation (strategies for achieving guideline implementation and compliance)				Tradução		
Level	Sub category	#	Definition	Nível	Sub categoria	Definição
1. Professional		1	Identify barriers to guideline implementation (including any activity aimed at identifying reasons why compliance with a guideline might not be achieved, to assist in planning strategies)	1. Professional		Identificar barreiras à implementação de diretrizes (incluindo qualquer atividade que vise identificar as razões pelas quais a conformidade com uma diretriz pode não ser alcançada, para auxiliar no planejamento de estratégias)
		2	Distribute guideline materials (via hard-copy, audio-visual and/or electronic means)			Distribuir materiais de referência (via mídia impressa, audiovisual e / ou eletrônica)
		3	Advertise guideline materials (including advertising via any medium, targeted advertising, personal interviews, group discussions aimed at raising awareness)			Materiais de propaganda do GPC (incluindo publicidade através de qualquer meio, publicidade direcionada, entrevistas pessoais, discussões em grupo destinadas a aumentar a conscientização)
		4	Present guideline materials at meetings (including conferences, lectures, workshops or traineeships)			Apresentação de materiais do GPC em reuniões (incluindo conferências, palestras, workshops ou estágios)
		5	Educate individual health care professionals about the intent and benefit of complying with a guideline			Educar os profissionais de saúde individuais sobre a intenção e benefício de cumprir uma diretriz
		6	Educate groups of health care professionals about the intent and benefit of complying with a guideline			Educar grupos de profissionais de saúde sobre a intenção e benefício de cumprir as recomendações do GPC

		7	Recruit an opinion leader who recommends the implementation of a guideline (health care professionals must recognize the authority of the opinion leader in regard to the guideline)			Recrutar um líder de opinião que recomende a implementação do GPC (profissionais de saúde devem reconhecer a autoridade do líder de opinião em relação ao GPC)
		8	Achieve consensus among health care professionals that the guideline is appropriate for implementation (there must be data that measures consensus)			Conseguir consenso entre os profissionais de saúde de que o GPC é apropriado para a implementação (deve haver dados que medem o consenso)
		9	Provide reminders to individual health care professionals or groups about the intent and benefit of complying with a guideline (via any means)			Fornecer lembretes aos profissionais de saúde ou grupos individuais sobre a intenção e o benefício de cumprir o GPC (por qualquer meio)
		10	Provide alerts to individual health care professionals or groups when clinical practice deviates from a guideline (via any means)			Fornecer alertas para profissionais de saúde ou grupos individuais quando a prática clínica se desvia do GPC (por qualquer meio)
		11	Feedback guideline compliance data and information to individual health care professionals or groups to improve compliance (including feedback on non-compliance with a guideline)			Fornecer feedback com base em dados e informações sobre conformidade com o GPC para profissionais ou grupos de profissionais de saúde para melhorar a conformidade (incluindo feedback sobre a não conformidade o GPC)
		12	Feedback data and information about patients to individual health care professionals or groups to improve compliance (including clinical outcome data and information, and patient self-assessments)			Fornecer feedback com informações sobre pacientes para profissionais ou grupos de profissionais de saúde para melhorar a conformidade (incluindo dados e informações sobre resultados clínicos e autoavaliação de pacientes)

		13	Feedback data and information from patients to individual health care professionals or groups to improve compliance (including any new process that involves direct communication between a patient and health care professionals that improves implementation)			Fornecer feedback com dados e informações de pacientes para profissionais de saúde individuais ou grupos para melhorar a conformidade (incluindo qualquer novo processo que envolva comunicação direta entre um paciente e profissionais de saúde que melhore a implementação)
		14	Feedback information from health care professionals to individuals or groups to improve compliance (including personal testimony about the experience of implementing a guideline)			Feedback de informações de profissionais de saúde para indivíduos ou grupos para melhorar a conformidade (incluindo testemunho pessoal sobre a experiência de implementação do GPC)
		15	Other			Outros
2. Financial	Health care professionals	16	Incentive applicable to a health care professional (a health care professional may receive a direct or indirect financial reward or benefit for complying with a guideline)	2. Financeiro	Profissionais de Saúde	Incentivo aplicável a um profissional de saúde (um profissional de saúde pode receber uma recompensa ou benefício financeiro direto ou indireto por cumprir o GPC)
		17	Incentive applicable available to the institution (the institution or a group of health care professionals may receive a direct or indirect financial reward or benefit for complying with a guideline)			Incentivo aplicável disponível para a instituição (a instituição ou um grupo de profissionais de saúde pode receber uma recompensa ou benefício financeiro direto ou indireto por cumprir o GPC)
		18	Grant or allowance provided to a health care professional (a health care professional received direct or indirect financial reward or benefit but not tied to being compliant)			Concessão ou subsídio concedido a um profissional de saúde (um profissional de saúde recebeu recompensa ou benefício financeiro direto ou indireto, mas não vinculado a seguir o GPC)



		19	Grant or allowance provided to the institution (the institution or group of health care professionals received direct or indirect financial reward or benefit but not tied to being compliant)			Subsídio ou subsídio concedido à instituição (a instituição ou grupo de profissionais de saúde recebe recompensa ou benefício financeiro direto ou indireto, mas não vinculado a seguir o GPC)
		20	Penalty applicable to a health care professional (a health care professional may receive a direct or indirect financial penalty for not complying with a guideline)			Pena aplicável a um profissional de saúde (um profissional de saúde pode receber uma penalidade financeira direta ou indireta por não cumprir o GPC)
		21	Penalty applicable to the institution (the institution or group of health care professionals may receive a direct or indirect financial penalty for not complying with a guideline)			Pena aplicável à instituição (a instituição ou grupo de profissionais de saúde pode receber uma penalidade financeira direta ou indireta por não cumprir o GPC)
		22	Change in reimbursement (including any addition, subtraction or substitution of a reimbursable product or service that increases the likelihood of improved implementation)			Alteração no reembolso (incluindo qualquer adição, subtração ou substituição de um produto ou serviço reembolsável que aumente a probabilidade de uma melhor implementação)
		23	Other			Outros
	Patients	24	Incentive applicable to a patient (a patient may receive a direct or indirect financial reward or benefit if provided with care that complies with a guideline)			Incentivo aplicável a um paciente (um paciente pode receber uma recompensa ou benefício financeiro direto ou indireto, se fornecido com tratado e em conformidade como GPC)
					Pacientes	

		25	Grant or allowance provided to a patient (a patient received a direct or indirect financial reward or benefit but not tied to receiving care that complies with a guideline)			Concessão ou subsídio concedido a um paciente (um paciente recebeu uma recompensa ou benefício financeiro direto ou indireto, mas não está vinculado ao recebimento de atendimento que obedece a um GPC)
		26	Penalty applicable to a patient (a patient may receive a direct or indirect financial penalty if provided with care that does not comply with a guideline)			Pena aplicável a um paciente (um paciente pode receber uma penalidade financeira direta ou indireta se tratado em não conformidade com um GPC)
		27	<u>Other</u>			Outros
3. Organisational	Health care professionals	28	Additional human resources provided for implementation (including increase in the number of staff and change in the type and qualifications of staff to facilitate implementation)	3. Organizacional	Profissionais de Saúde	Recursos humanos adicionais fornecidos para implementação (incluindo aumento do número de funcionários e mudança no tipo e qualificações do pessoal para facilitar a implementação)
		29	Reallocated roles to assist implementation (including any redistribution of roles among health professionals to facilitate implementation)			Funções realocadas para auxiliar a implementação (incluindo qualquer redistribuição de papéis entre os profissionais de saúde para facilitar a implementação)
		30	Creation of an implementation team (including creation of a multidisciplinary team of health professionals who work together on implementation)			Criação de uma equipe de implementação (incluindo a criação de uma equipe multidisciplinar de profissionais de saúde que trabalham juntos na implementação)
		31	Communication between distant health professionals (including establishment of any type of telecommunication link for implementation)			Comunicação entre profissionais de saúde a distância (incluindo estabelecimento de qualquer tipo de link de telecomunicação para implementação)

		32	Improved health care professional satisfaction (including any non-financial benefit aimed at improving motivation, commitment and work satisfaction in implementation)			Satisfação do profissional de saúde melhorada (incluindo qualquer benefício não financeiro destinado a melhorar a motivação, o compromisso e a satisfação no trabalho na implementação)
		33	Other			Outros
	Patients	34	Consumer participation in governance (including any change in governance that enables patients to recommend the implementation of a guideline)		Participação do consumidor na governança (incluindo qualquer mudança na governança que permita aos pacientes recomendar a implementação de um GPC)	
			35			Consumer feedback, suggestions and complaints (including any new process that uses information from patients to improve implementation)
		36	Other			Outros
	Structural	37	Change in organizational structure (including any service reorganization designed to improve implementation)		Mudança na estrutura organizacional (incluindo qualquer reorganização de serviço projetada para melhorar a implementação)	
			38			Change to the setting or site of service delivery (including any translocation of a service designed to improve implementation)
		39	Change in the physical structure, facilities or equipment of a service (including any change to the infrastructure of a service designed to improve implementation)			Mudança na estrutura física, instalações ou equipamentos de um serviço (incluindo qualquer alteração na infraestrutura de um serviço projetado para melhorar a implementação)
	Estrutural	37	Change in organizational structure (including any service reorganization designed to improve implementation)		Mudança na estrutura organizacional (incluindo qualquer reorganização de serviço projetada para melhorar a implementação)	
			38			Change to the setting or site of service delivery (including any translocation of a service designed to improve implementation)
39		Change in the physical structure, facilities or equipment of a service (including any change to the infrastructure of a service designed to improve implementation)	Mudança na estrutura física, instalações ou equipamentos de um serviço (incluindo qualquer alteração na infraestrutura de um serviço projetado para melhorar a implementação)			

		40	Change in information & communication technology supporting a service (including any IT application designed and commissioned to improve implementation; e.g. computerized records, patient tracking systems, electronic referral systems, picture archiving and communication system, telehealth system, on-line text messaging)		Mudança na tecnologia de informação e comunicação que suporta um serviço (incluindo qualquer aplicativo de TI projetado e comissionado para melhorar a implementação; por exemplo, registros computadorizados, sistemas de rastreamento de pacientes, sistemas de encaminhamento eletrônico, arquivamento de imagens e sistema de comunicação, sistema de telessaúde, envio de mensagens de texto on-line)
		41	Change in quality assurance, quality improvement and/or performance measurement systems (including any quality system designed to improve implementation)		Mudança nos sistemas de garantia de qualidade, melhoria de qualidade e / ou medição de desempenho (incluindo qualquer sistema de qualidade projetado para melhorar a implementação)
		42	Change in the method of service delivery (including any change to how a service is delivered; e.g. replacement of a traditional pharmacy with a mail order pharmacy)		Alteração no método de entrega do serviço (incluindo qualquer alteração na forma como um serviço é entregue; por exemplo, substituição de uma farmácia tradicional por uma farmácia por correspondência)
		43	Change in the integration of services (including change in how services are linked and integrated to improve implementation)		Mudança na integração de serviços (incluindo mudanças na forma como os serviços são vinculados e integrados para melhorar a implementação)
		44	Change in risk management provisions (including any change in insurance cover for loss or damage to facilities, injury to staff, adverse patient outcomes and		Alteração nas disposições de gerenciamento de risco (incluindo qualquer alteração na cobertura do seguro por perda ou danos às instalações, ferimentos à equipe,

			malpractice that encourages implementation)			resultados adversos do paciente e negligência, que encoraje a implementação)
		45	Other			Outros
4. Regulatory		46	Change in legislation or regulation (include any change which enforces or mandates implementation)	4. Regulatório		Mudança na legislação ou regulamentação (incluindo qualquer mudança que determine ou imponha a implementação)
		47	Change in the ownership or affiliation (include any change which increases the likelihood of implementation success)			Mudança na propriedade ou afiliação (inclua qualquer alteração que aumente a probabilidade de sucesso na implementação)
		48	Change in licensing, credentialing or accreditation of the health service and its elements (including any change that is relevant to the status, legality or reputation of the health service and its employees that increases the likelihood of implementation success)			Mudança no licenciamento, credenciamento ou acreditação do serviço de saúde e seus elementos (incluindo qualquer mudança que seja relevante para o status, legalidade ou reputação do serviço de saúde e seus funcionários que aumente a probabilidade de sucesso na implementação)
		49	Other			Outros

### 9.3. Lista de Guias de Prática Clínica (GPC) incluídos

<b>Código</b>	<b>Título GPC</b>
AUScv	<i>Guidelines for the management of absolute cardiovascular disease risk</i>
AUSdem	<i>Clinical practice guidelines and principles of care for people with dementia</i>
CHlasma	<i>Asma bronquial en adultos</i>
COLdepre	<i>Guía de Práctica Clínica (GPC) Detección temprana y diagnóstico del episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente en adultos. Atención integral de los adultos con diagnóstico de episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente</i>
COLdpoc	<i>Guía de Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.</i>
COLdislp	<i>Guía de Práctica Clínica para la prevención y detección temprana, tratamiento y seguimiento de las Dislipidemias en población mayor de 18 años</i>
COLdm	<i>Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la diabetes mellitus tipo 2 en la población mayor de 18 años</i>
COLhas	<i>Hipertensión arterial primaria</i>
ESPcv	<i>Guía para la elección de tratamiento anticoagulante oral en la prevención de las complicaciones tromboembólicas asociadas a la fibrilación auricular no valvular</i>
ESCasma	<i>British guideline on the management of asthma.</i>
ESCcv	<i>Management of chronic heart failure</i>
EUAcv	<i>Stable coronary artery disease</i>
MYdisl	<i>Management of Dyslipidaemia 2017 (5th Edition)</i>
MYcv	<i>Primary &amp; Secondary Prevention of Cardiovascular Disease</i>
RUcv	<i>Atrial fibrillation: the management of atrial fibrillation</i>
RUdrge	<i>Gastro-oesophageal reflux disease and dyspepsia in adults: investigation and management</i>
RUhas	<i>Hypertension in adults: diagnosis and management</i>
RUangina	<i>Stable angina: management</i>
RUdpoc	<i>Chronic obstructive pulmonary disease in over 16s: diagnosis and management</i>
RUdm	<i>Type 2 diabetes in adults: management</i>

**Legenda:**

Países: (AUST=Austrália; CHI = Chile; COL = Colômbia; ESC = Escócia; ESP = Espanha; EUA = Estados Unidos; MY = Malásia; e RU = Reino Unido)

Doenças: cv= cardiovascular; dem = demência; depre = depressão; dislp = dislipdemia; has = hipertensão arterial sistêmica; drge = doença do refluxo gastro esofágico; dpoc = doença pulmonar obstrutiva crônica.

## 11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAMS, Sa; LEEMAN, J; ROHWEDER, CI, Et al. **Use of Evidence-Based Interventions and Implementation Strategies to Increase Colorectal Cancer Screening in Federally Qualified Health Centers.**2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29770945>>. Acesso em: 09 out. 2019.

ALLANSON, E. R. et al. Implementation of effective practices in health facilities: a systematic review of cluster randomised trials. **BMJ global health**, v. 2, n. 2, p. e000266, 2017.

ALLIANCE, The National Vascular Disease Prevention.**Australian Absolute Cardiovascular Disease Risk Calculator.** 2012. Disponível em: <<https://www.cvdcheck.org.au/australian-absolute-cardiovascular-disease-risk-calculator>>. Acesso em: 09 out. 2019.

ALONSO-COELLO, P. et al. The quality of clinical practice guidelines over the last two decades: a systematic review of guideline appraisal studies. **BMJ Quality & Safety**, v. 19, n. 6, p. e58–e58, dez. 2010.

ARMSTRONG, J. J. et al. Improvement evident but still necessary in clinical practice guideline quality: a systematic review. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 81, p. 13–21, jan. 2017.

BAE, Jong-myon.**Shared decision making: relevant concepts and facilitating strategies.** 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.4178/epih.e2017048>>. Acesso em: 09 out. 2019.

BAICKER, K.; CHANDRA, A. Evidence-Based Health Policy. **New England Journal of Medicine**, v. 377, n. 25, p. 2413–2415, 21 dez. 2017.

BAKER, R. et al. Tailored interventions to overcome identified barriers to change: effects on professional practice and health care outcomes. In: **Cochrane Database of Systematic Reviews**. [s.l: s.n.].

BLACK, N. Evidence based policy: proceed with care. **BMJ**, v. 323, n. 7307, p. 275–279, 4 ago. 2001.

BROUWERS, M. C. et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. **Canadian Medical Association Journal**, v. 182, n. 18, p. E839-42, dez. 2010.

BROUWERS, M. C. et al. The Guideline Implementability Decision Excellence Model (GUIDE-M): a mixed methods approach to create an international resource to advance the practice guideline field. **Implementation Science**, v. 10, 2015.

BURGERS, J. S. et al. Adaptation, Evaluation, and Updating of Guidelines. **Proceedings of the American Thoracic Society**, v. 9, n. 5, p. 304–310, 15 dez. 2012.

CABANA, M. D. et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. **JAMA**, v. 282, n. 15, p. 1458–65, 20 out. 1999.

CHAN, W. V. et al. ACC/AHA Special Report: Clinical Practice Guideline Implementation Strategies: A Summary of Systematic Reviews by the NHLBI Implementation Science Work Group. **Circulation**, v. 135, n. 9, 28 fev. 2017.

**CHRONIDE. Chronic Diseases and Informed Decisions.** Disponível em: <<https://chronidebrazil.wixsite.com/chronide/equipe>>.

FERVERS, B. et al. Guideline adaptation: an approach to enhance efficiency in guideline development and improve utilisation. **BMJ Quality & Safety**, v. 20, n. 3, p. 228–236, 1 mar. 2011.

FLODGREN, G. et al. Tools developed and disseminated by guideline producers to promote the uptake of their guidelines. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 8, 22 ago. 2016.

FORSETLUND, L; A BJØRNDAL,; A RASHIDIAN,. **Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes.** 2009. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19370580>>. Acesso em: 09 out. 2019.



FRANCKE, Anneke L; VEER, Marieke C Smit Anke Je de; MISTIAEN, & Patriek. **Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: A systematic meta-review.** 2008. Disponível em: <<https://bmcmmedinformdecismak.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6947-8-38>>. Acesso em: 09 out. 2019.

GAGLIARDI, Anna R; MARSHALL, Catherine; MOORE, Sue Huckson, Et al. **Developing a checklist for guideline implementation planning: review and synthesis of guideline development and implementation advice.** 2005. Disponível em: <<https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-015-0205-5>>. Acesso em: 09 out. 2019.

GAGLIARDI, Anna R; ALHABIB, Samia; GROUP, The Members Of The Guidelines International Network Implementation Working. **Trends in guideline implementation: a scoping systematic review.** 2015. Disponível em: <<https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-015-0247-8>>. Acesso em: 04 nov. 2019.

GAGLIARDI, A. R. et al. How can we improve guideline use? A conceptual framework of implementability. **Implementation Science**, v. 6, n. 1, p. 26, 22 dez. 2011.

GAGLIARDI, A. R.; BROUWERS, M. C. Do guidelines offer implementation advice to target users? A systematic review of guideline applicability. **BMJ open**, v. 5, n. 2, p. e007047, 18 fev. 2015.

GAGLIARDI, A. R.; BROUWERS, M. C.; BHATTACHARYYA, O. K. A framework of the desirable features of guideline implementation tools (GIttools): Delphi survey and assessment of GIttools. **Implementation Science**, v. 9, n. 1, p. 98, 5 dez. 2014.

HOFFMANN-ESSER, W. et al. Guideline appraisal with AGREE II: Systematic review of the current evidence on how users handle the 2 overall assessments. **PloS one**, v. 12, n. 3, p. e0174831, 2017.

HOFFMANN-ESSER, W. et al. Systematic review of current guideline appraisals performed with the Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II instrument—a third of AGREE II users apply a cut-off for guideline quality. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 95, p. 120–127, mar. 2018a.

HOFFMANN-ESSER, W. et al. Guideline appraisal with AGREE II: online survey of the potential influence of AGREE II items on overall assessment of guideline quality and recommendation for use. **BMC Health Services Research**, v. 18, n. 1, p. 143, 27 dez. 2018b.

**Implementation - Medicals Subject Headings (Mesh)**. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=implementation>>. Acesso em: 17 abr. 2019.

IETS. **Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud**. 2019. Disponível em: <<http://www.iets.org.co/IETS/IETS.aspx>>. Acesso em: 04 nov. 2019.

INCZE, M.; ROSS, J. S. On the Need for (Only) High-Quality Clinical Practice Guidelines. **JAMA Internal Medicine**, 18 fev. 2019.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Clinical Practice Guidelines: We Can Trust**.

IVERS, Noah; JAMTVEDT, Gro; FLOTTORP, Signe. Et al. **Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes**. 2012. Disponível em: <<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000259.pub3/full>>. Acesso em: 09 out. 2019.

JÄGER, C.; STEINHÄUSER, J.; FREUND, T, Et al. **Process evaluation of five tailored programs to improve the implementation of evidence-based recommendations for chronic conditions in primary care**. 2016. Disponível em: <<https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-016-0473-8>>. Acesso em: 09 out. 2019.

MORENO, Rodríguez et al. **Evaluación de herramientas de implementación de la Guía de Práctica Clínica de infecciones de transmisión sexual**. Colombia: Pan American Journal Of Public Health, 2017. 41 p. (Rev

Panam Salud Publica). Disponível em: <<http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34035>>. Acesso em: 04 nov. 2019.

KASHYAP, N. et al. **GLIA GuideLine Implementability Appraisal v. 2.0**. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <[http://nutmeg.med.yale.edu/glia/doc/GLIA\\_v2.pdf](http://nutmeg.med.yale.edu/glia/doc/GLIA_v2.pdf)>. Acesso em: 15 abr. 2019.

KHAN, G. S. C.; STEIN, A. T. Adaptação transcultural do instrumento Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II (AGREE II) para avaliação de diretrizes clínicas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 5, p. 1111–1114, maio 2014.

KILBOURNE, A. M. et al. A research agenda for care coordination for chronic conditions: aligning implementation, technology, and policy strategies. **Translational Behavioral Medicine**, v. 8, n. 3, p. 515–521, 23 maio 2018.

KITSON, A. Knowledge translation and guidelines: a transfer, translation or transformation process? **International Journal of Evidence-Based Healthcare**, v. 7, n. 2, p. 124–139, jun. 2009.

KOVACS, E. et al. Systematic Review and Meta-analysis of the Effectiveness of Implementation Strategies for Non-communicable Disease Guidelines in Primary Health Care. **Journal of General Internal Medicine**, v. 33, n. 7, p. 1142–1154, 4 jul. 2018.

KRAUSE, Jane; VAN LIESHOUT, Jan; KLOMP, Rien. et al. **Identifying determinants of care for tailoring implementation in chronic diseases:: an evaluation of different methods**. 2014. Disponível em: <<https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-014-0102-3>>. Acesso em: 09 out. 2019

KRISTIANSEN, A, et al. Applying New Strategies for the National Adaptation, Updating, and Dissemination of Trustworthy Guidelines. **Chest**, v. 146, n. 3, p. 735–761, set. 2014.

LAU, R. , et al. Achieving change in primary care—causes of the evidence to practice gap: systematic reviews of reviews. **Implementation Science**, v. 11, n. 1, p. 40, 22 dez. 2016.

LOKKER, Cynthia; COLQUHOUN, K Ann Mckibbon, Heather; HEMPEL, & Susanne. **A scoping review of classification schemes of interventions to promote and integrate evidence into practice in healthcare**. 2015. Disponível em:

<<https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-015-0220-6>>. Acesso em: 09 out. 2019

LYNCH, E. A. et al. "There is nothing so practical as a good theory": a pragmatic guide for selecting theoretical approaches for implementation projects. **BMC Health Services Research**, v. 18, n. 1, p. 857, 14 dez. 2018.

MALAYSIA, Ministry Of Health. **Manual on Development and Implementation of Evidence-based Clinical Practice Guidelines**. Putrajaya. 2015. Disponível em:

<[http://www.moh.gov.my/moh/resources/CPG\\_MANUAL\\_MAHTAS.pdf?mid=634](http://www.moh.gov.my/moh/resources/CPG_MANUAL_MAHTAS.pdf?mid=634)>. Acesso em: 04 nov. 2019.

MAZZA, D. et al. Refining a taxonomy for guideline implementation: results of an exercise in abstract classification. **Implementation Science**, v. 8, n. 1, p. 32, 15 dez. 2013.

MIDDLETON, P.; CROWTHER, C. A. Reminder systems for women with previous gestational diabetes mellitus to increase uptake of testing for type 2 diabetes or impaired glucose tolerance. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 3, 18 mar. 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. 2011. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/vigilancia-de-doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/plano-de-aco-es-estrategicas-para-o-enfrentamento-das-doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt>>. Acesso em: 15 abr. 2019.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL et al. **Manual de implementación de guías de práctica clínica basadas en evidencia, en instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia**. [s.l: s.n.].

Disponível em: <[http://gpc.minsalud.gov.co/recursos/Documentos\\_compartidos/Manual\\_de\\_implementacion.pdf](http://gpc.minsalud.gov.co/recursos/Documentos_compartidos/Manual_de_implementacion.pdf)>. Acesso em: 2 maio. 2019.

MOLINO, C. DE G. R. C. et al. Methodological quality and transparency of clinical practice guidelines for the pharmacological treatment of non-communicable diseases using the AGREE II instrument: a systematic review protocol. **Systematic reviews**, v. 6, n. 1, p. 220, nov. 2017.

MOLINO, C. DE G. R. C. et al. Factors Associated With High-Quality Guidelines for the Pharmacologic Management of Chronic Diseases in Primary Care: A Systematic Review. **JAMA Internal Medicine**, 18 fev. 2019.

MOORE, AE; STRAUS, SE; KASPERAVICIUS, D. et al. **Knowledge translation tools in preventive health care**. 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29138155>>. Acesso em: 04 nov. 2019.

NATIONAL VASCULAR DISEASE PREVENTION ALLIANCE. **Guidelines for the management of Absolute cardiovascular disease risk**. [s.l: s.n.].

NICE, National Institute For Health And Care Excellence. **NICE impact diabetes**. 2018. Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/Media/Default/About/what-we-do/Into-practice/measuring-uptake/impact-diabetes.pdf>>. Acesso em: 09 out. 2019.

NICE. **National Institute For Health And Care Excellence**. 2019. Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/about/who-we-are/our-vision>>. Acesso em: 04 nov. 2019

NICOLETTI, Maria Aparecida; FARIA, Taissa de Mattos. **Análise comparativa do sistema de saúde brasileiro e britânico na atenção básica**. 2017. Disponível em: <<http://revistas.cff.org.br/?journal=infarma&page=article&op=view&path%5B%5D=2087>>. Acesso em: 04 nov. 2019.

NILSEN, Per; BERNHARDSSON, Susanne. **Context matters in implementation science**:: a scoping review of determinant frameworks that describe contextual determinants for implementation outcomes. 2019. Disponível em: <<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-019->

4015-3>. Acesso em: 09 out. 2019.

PANTOJA, T., et al. Implementation strategies for health systems in low-income countries: an overview of systematic reviews. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 9, p. CD011086, 12 set. 2017.

POWELL, B. J. et al. A refined compilation of implementation strategies: results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) project. **Implementation Science**, v. 10, n. 1, p. 21, 12 dez. 2015.

PROCTOR, Enola; RAMSEY, Alex T.; BROWN, Matthew T., et al. **Training in Implementation Practice Leadership (TRIPLE): evaluation of a novel practice change strategy in behavioral health organizations**. 2019. Disponível em: <<https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-019-0906-2>>. Acesso em: 04 nov. 2019.

QASEEM, A. et al., Guidelines International Network: Toward International Standards for Clinical Practice Guidelines. **Annals of Internal Medicine**, v. 156, n. 7, p. 525, 3 abr. 2012.

RANSOHOFF, D. F.; PIGNONE, M.; SOX, H. C. How to Decide Whether a Clinical Practice Guideline Is Trustworthy. **JAMA**, v. 309, n. 2, p. 139, 9 jan. 2013.

RW, Ryan; KK, Harris; L, Mattox. **Nursing Leader Collaboration to Drive Quality Improvement and Implementation Science**. 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26049600>>. Acesso em: 04 nov. 2019.

SALUD, Ministerio de; SOCIAL, Protección. **Manual de implementación de guías de práctica clínica basadas en evidencia, en instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia**. 2014. Disponível em: <[http://gpc.minsalud.gov.co/recursos/Documentos%20compartidos/Manual\\_de\\_implementacion.pdf](http://gpc.minsalud.gov.co/recursos/Documentos%20compartidos/Manual_de_implementacion.pdf)>. Acesso em: 04 nov. 2019.

SCHMIDT, M. I. et al., Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9781, p. 1949–1961, 4 jun. 2011.

SIERING, U. et al., Appraisal Tools for Clinical Practice Guidelines: A Systematic Review. **PLoS ONE**, v. 8, n. 12, p. e82915, 9 dez. 2013.

SLAUGHTER, Susan E.; ZIMMERMANN, Gabrielle L.; NUSPL, Megan, et al. **Classification schemes for knowledge translation interventions:: a practical resource for researchers.** 2017. Disponível em: <<https://bmcmmedresmethodol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12874-017-0441-2>>. Acesso em: 09 out. 2019.

STEIN, A. T. et al., Implementing clinical guidelines: a need to follow recommendations based on the best evidence available. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, n. 0, 22 out. 2018.

THE ADAPTE COLLABORATION. **The ADAPTE process: Resource Toolkit for Guideline Adaptation. Version 2.0.** [s.l: s.n.]. Disponível em: <<http://www.g-i-n.net>>.

THEOBALD, S. et al., Implementation research: new imperatives and opportunities in global health. **Lancet (London, England)**, v. 392, n. 10160, p. 2214–2228, 17 nov. 2018.

United Nations Development Group. **WHO | World Health Statistics 2016: Monitoring health for the SDGs.** 2016. Disponível em: <[file:///C:/Users/isale/Downloads/9789241565264\\_eng.pdf](file:///C:/Users/isale/Downloads/9789241565264_eng.pdf)>. Acesso em: 09 out. 2019

WALTZ, Thomas J.; POWELL, Byron J.; FERNÁNDEZ, María E. **Choosing implementation strategies to address contextual barriers: diversity in recommendations and future directions.** 2019. Disponível em: <<https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-019-0892-4>>. Acesso em: 04 nov. 2019.

WEE, C. C., et al. Influence of financial productivity incentives on the use of preventive care. **The American Journal of Medicine**, v. 110, n. 3, p. 181–187, 15 fev. 2001.

WEISZ, G., et al. The Emergence of Clinical Practice Guidelines. **Milbank Quarterly**, v. 85, n. 4, p. 691–727, 7 dez. 2007.

WENSING, Michel; GROU, Richard. **Knowledge translation in health: how implementation science could contribute more**. 2019. Disponível em: <<https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-019-1322-9>>. Acesso em: 04 nov. 2019.

WOOLF, S. H. et al. Clinical guidelines: potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. **BMJ**, v. 318, n. 7182, p. 527–30, 20 fev. 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020. **WHO**, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **EVIPNet in action - Executive Summary: WHO**. [s.l: s.n.]. Disponível em: <<http://www.who.int>>.