



## Avaliação da qualidade de protocolo clínico para atendimento em planejamento familiar de pessoas vivendo com HIV/aids\*

Evaluation of the clinical protocol quality for family planning services of people living with HIV/aids  
Evaluación de la calidad de protocolo clínico para atención en planificación familiar de personas viviendo con VIH/sida

Raquel Ferreira Gomes Brasil<sup>1</sup>, Maria Josefina da Silva<sup>2</sup>, Escolástica Rejane Ferreira Moura<sup>2</sup>

### Como citar este artigo:

Brasil RFG, Silva MJ, Moura ERF. Evaluation of the clinical protocol quality for family planning services of people living with HIV/AIDS. Rev Esc Enferm USP. 2018;52:e03335. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017008103335>

\* Extraído da dissertação: “Desenvolvimento de protocolo clínico para o planejamento familiar de pessoas vivendo com HIV/aids”, Universidade Federal do Ceará, 2016.

<sup>1</sup> Secretaria de Saúde do Município de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Federal do Ceará, Departamento de Enfermagem, Fortaleza, CE, Brasil.

### ABSTRACT

**Objective:** To evaluate the quality of a clinical protocol for family planning care for people living with HIV/AIDS. **Method:** An evaluative study based on the six domains of the *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II* and on Pearson's Coefficient of Variation. **Results:** The protocol reached between 88.8% and 100.0% quality in the domains of the *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II* and 93.3% in the overall evaluation. The obtained Pearson's coefficient of variation was between zero and 18.6. Considering that a minimum percentage of 70.0% was adopted for the quality attributed by the evaluators, quality has been achieved for all domains of the *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II*. As a coefficient for all domains was less than 25%, we can infer that the scores attributed by the evaluators were linear or homogeneous, meaning high agreement between them. **Conclusion:** The protocol was evaluated as a quality instrument, recommended for use by health professionals who deal with family planning for people living with HIV/AIDS.

### DESCRIPTORS

Protocols; Acquired Immunodeficiency Syndrome; Family Planning; HIV Seropositivity; Public Health Nursing.

### Autor correspondente:

Raquel Ferreira Gomes Brasil  
Rua General Piragibe, 242, Apto.  
1705, Bloco C, Parqueândia  
CEP 60450-255 – Fortaleza, CE, Brasil  
rafegobr@yahoo.com.br

Recebido: 06/03/2017  
Aprovado: 29/01/2018

## INTRODUÇÃO

Protocolos são recomendações que devem ser desenvolvidas ordenadamente, pautadas na melhor informação científica, auxiliando no manejo clínico de um problema ou condição de saúde. Logo, tornam-se ferramentas para a utilização na área da saúde, reduzindo a variação inapropriada da prática clínica<sup>(1)</sup>.

Por serem instrumentos direcionados à saúde de seus usuários, os protocolos clínicos podem apresentar características voltadas à prevenção, promoção e educação em saúde. Seu uso contribui para: qualificação do atendimento; organização e otimização da assistência; economia de tempo, evitando duplicidade de tarefas; racionalização do cuidado, procedimentos, condutas e materiais; adaptação da evidência científica à realidade local e satisfação de usuários<sup>(1)</sup>.

Apesar da relevância do uso de protocolos na prática clínica e de seu impacto positivo na melhoria dos resultados junto aos pacientes, o desenvolvimento desses instrumentos permanece com a necessidade de apresentar objetivos claramente articulados, estruturas coerentes, mecanismos confiáveis de avaliação e de implementação, agregando a boa qualidade e o cuidado de saúde ao melhor custo-efetividade<sup>(2)</sup>.

Nesse sentido, efetuou-se uma pesquisa de revisão estruturada da literatura científica com o intuito de identificar uma prospecção de instrumentos efetivos que garantissem a qualidade de protocolos clínicos, elencando vários instrumentos que possibilitam avaliar a qualidade de um protocolo clínico, sendo os mais confiáveis, testados e recomendados, o *Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation* (AGREE-II), o *checklist* elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e outro elaborado pela Agência de Pesquisa e Qualidade no Cuidado à Saúde (*Agency for Healthcare Research and Quality - AHRQ*), o *National Guideline Clearinghouse* (NGC)<sup>(3)</sup>.

Diante do exposto, decidiu-se por adotar o AGREE-II como instrumento de avaliação da qualidade de protocolo clínico para o atendimento em planejamento familiar de pessoas vivendo com HIV/aids (PAPHA), pela facilidade de acesso e de aplicação prática<sup>(3)</sup>. Ainda, esse instrumento apresenta, como vantagem, a possibilidade de obter uma lista de checagem, facilitando o processo de planejamento, elaboração e implementação de diretrizes e permitindo a utilização por diferentes profissionais da saúde<sup>(4)</sup>.

O PAPHA foi identificado como uma necessidade premente de profissionais de saúde que lidam com essa área do cuidado, uma vez que a escolha reprodutiva e/ou anticonceptiva desse público-alvo exige cuidados específicos, embasados em conhecimentos atualizados. Autores recomendam que esse atendimento deva ser especializado, seguro, uniformizado e efetivo, para que a concepção e a anticoncepção possam ser abordadas de forma atual e científica, garantindo o menor risco à mulher, ao parceiro e ao futuro filho<sup>(5)</sup>.

Estudo realizado em Lusaka no Zâmbia, por exemplo, reafirma a interrupção dos métodos anticoncepcionais por motivos que fogem à orientação profissional, estando

diretamente ligado a sinais e sintomas, como sangramento menstrual intenso e disúria<sup>(6)</sup>. Além disso, estudo abordando estratégia de saúde adotada nos Estados Unidos para atender ao planejamento familiar de mulheres vivendo com HIV/aids ressaltou a importância da prestação de serviços de qualidade baseados em evidências científicas consistentes<sup>(7)</sup>.

Desse modo, a necessidade do uso de um protocolo clínico efetivo na prática profissional que aborde o planejamento familiar de pessoas com HIV/aids é perene, o que exige a disponibilidade de instrumento conciso de avaliação que garanta sua qualidade. Segundo a literatura, o AGREE-II<sup>(8)</sup> é um sistema de avaliação que agrupa essas características, o que justifica o desenvolvimento do presente estudo.

Assim, delineou-se a seguinte questão de pesquisa: O protocolo ora apresentado possui qualidade satisfatória para o uso na prática clínica, oferecendo informações atualizadas e objetivas? Para responder a esta indagação, desenvolveu-se o presente estudo com o objetivo de avaliar a qualidade de protocolo clínico para o atendimento em planejamento familiar de pessoas vivendo com HIV/aids (PAPHA).

## MÉTODO

Pesquisa avaliativa, realizada de janeiro a março de 2016, com base nos seis domínios propostos pelo *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II* (AGREE-II): escopo e finalidade, envolvimento das partes interessadas, rigor de desenvolvimento, clareza de apresentação, aplicabilidade e independência editorial. Esse conjunto de domínios se encontram estandardizados em 23 itens de avaliação<sup>(8)</sup>. Perguntas sobre a caracterização dos avaliadores foram acrescentadas ao “Instrumento de avaliação da qualidade” do AGREE-II.

O instrumento AGREE-II foi elaborado de modo a abordar a qualidade, o rigor metodológico e a transparência com que o protocolo é desenvolvido. Esse instrumento é abrangente, permitindo sua aplicação em protocolos direcionados a quaisquer doenças e situações de saúde, incluindo aspectos relacionados tanto com a promoção da saúde e saúde coletiva, como com diagnósticos, tratamentos ou intervenções<sup>(8)</sup>. Com a utilização desse instrumento, foi possível estabelecer uma estratégia metodológica para a avaliação da qualidade do protocolo.

O estudo foi realizado com o objetivo de descrever o processo de adaptação transcultural do AGREE-II e resalta a importância da utilização desse instrumento, o qual permite uma metodologia de desenvolvimento estruturada e rigorosa do protocolo, tornando-o mais eficaz quando inserido na prática clínica<sup>(4)</sup>. Participaram cinco avaliadores (A1, A2, A3, A4 e A5), que foram captados de maneira proposital, pelo recurso de busca por “conveniência ou rede”. Foram selecionados avaliadores das duas áreas do cuidado, a do planejamento familiar e HIV/aids e a de avaliação de materiais que estivessem atuando com ensino, pesquisa e serviço. Esses avaliadores teriam que ter mestrado e/ou doutorado, além de atuação direta e experiência clínica nessas áreas de conhecimento.

Para cada item avaliado, foi utilizada uma escala de escores que variou de um a sete, na qual o escore um (discordo totalmente) é aplicado quando não há qualquer informação relevante, ou se o conceito é fracamente relatado; e o escore sete (concordo totalmente), quando a qualidade da informação é excelente, ou seja, todos os critérios e exposições propostos encontram-se prontamente atendidos. Os escores de dois a seis são atribuídos quando a informação do item não atende, na sua completude, a todos os critérios ou exposições. A pontuação deve ser atribuída em função da qualidade do relato e da exposição completa das informações, ou seja, deve ser diretamente proporcional aos critérios e exposições abordados, aumentando à medida que esses forem contemplados<sup>(8)</sup>.

A avaliação dos juízes foi calculada “individualmente por meio da soma de todas as pontuações dos itens de cada domínio, escalonando o total com uma porcentagem da pontuação máxima possível por domínio”<sup>(8)</sup>. Isso é possível pelo uso da fórmula:

$$\frac{\text{Pontuação obtida} - \text{Pontuação mínima} \times 100}{\text{Pontuação máxima} - \text{Pontuação mínima}}$$

A pontuação obtida é dada pela soma dos valores totais de cada item dos cinco avaliadores; a pontuação mínima é dada por 1 (discordo totalmente) x quantidade de itens avaliados no domínio x 5 (quantidade de avaliadores); e a pontuação máxima é dada por 5 (concordo totalmente) x quantidade de itens avaliados no domínio x 5 (quantidade de avaliadores)<sup>(4)</sup>.

Apesar de a pontuação obtida nos domínios permitir uma comparação mais fidedigna entre diretrizes e oferecer elementos para que um protocolo seja ou não recomendado, o AGREE-II não define pontuações mínimas para os domínios no sentido de diferenciar protocolos de alta ou baixa qualidade. Essa decisão deve ser tomada pelo autor e orientada pelo contexto do uso do protocolo<sup>(8)</sup>. Desse modo, as autoras estabeleceram como “qualidade satisfatória” o domínio que atingisse pontuação igual ou maior que 70%, percentual que significa desempenho mínimo aceitável nas avaliações em geral.

Em cada domínio foi dado um espaço para os avaliadores descreverem suas recomendações, sendo estas analisadas criticamente pelas pesquisadoras para realização das adaptações necessárias, a fim de elevar a qualidade do PAPHA.

Além desse parâmetro de avaliação proposto pelo AGREE-II, calculou-se o Coeficiente de Variação de Pearson (CVP), que fornece a variação dos dados obtidos em relação à média. Quanto menor for o seu valor, mais homogêneas são as opiniões e, conseqüentemente, as pontuações atribuídas pelos avaliadores. O coeficiente é considerado baixo quando menor ou igual a 25%, apontando um conjunto de dados homogêneos. O cálculo do CVP é dado pelo desvio-padrão dividido pela média das notas.

Na ocorrência de domínio com resultado abaixo de 70% e/ou CVP maior do que 25%, este teria as modificações enviadas para os avaliadores tantas vezes quanto necessário, até o alcance dos parâmetros estabelecidos, conforme a

técnica Delphi. Essa técnica é destinada à dedução e ao refinamento de opiniões de um grupo de pessoas especializadas em determinado assunto, objetivando alcançar o consenso nesse julgamento, contribuindo para a qualidade e a excelência do material apreciado<sup>(9)</sup>.

Os avaliadores receberam o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e o “Instrumento de avaliação da qualidade”, via e-mail. Foi dado o prazo de 15 dias para que os avaliadores devolvessem o resultado da avaliação, juntamente com o TCLE assinado. Foram atendidas as exigências das Diretrizes e Normas da Pesquisa em Seres Humanos, apresentadas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, acerca das questões éticas da pesquisa envolvendo seres humanos. O projeto de pesquisa foi submetido à Plataforma Brasil – Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará – UFC, obtendo parecer favorável conforme protocolo n.º 1.086.282.

## RESULTADOS

Os avaliadores foram todos enfermeiros, com tempo de formação que variou de 6 a 31 anos ( $\bar{x} = 12,8$ ). Quatro desenvolviam ou desenvolveram atividades na área do planejamento familiar (A1, A2, A3 e A5), dois integravam o atendimento de pessoas vivendo com HIV/aids (A3 e A4), e dois tinham experiência com elaboração e avaliação de protocolos (A1 e A5).

Os resultados da avaliação foram apresentados de acordo com os seis domínios propostos pelo AGREE-II, agrupados de dois em dois (Tabelas de 1 a 3 e Quadro 1). Em seguida, foi apresentada a avaliação global do PAPHA e o Coeficiente de Variação de Pearson (CVP) (Tabela 4).

**Tabela 1** – Avaliação do protocolo clínico, segundo escopo e finalidade (domínio 1) e envolvimento das partes interessadas (domínio 2) (AGREE-II) – Fortaleza, CE, Brasil, 2016.

*Domínio 1 – Escopo e finalidade	Pontuação dos Avaliadores					
	A1	A2	A3	A4	A5	Total
1. O(s) objetivo(s) geral(is) da diretriz estão especificamente descrito(s).	6	7	7	7	7	34
2. A(s) questão(ões) de saúde coberta(s) pela diretriz encontra(m)-se especificamente descrita(s).	7	6	7	7	7	34
3. A população (pacientes, público etc.) a quem a diretriz se destina está especificamente descrita.	7	7	7	7	6	34
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>21</b>	<b>21</b>	<b>20</b>	<b>102</b>
*Domínio 2 – Envolvimento das partes interessadas						
4. A equipe de desenvolvimento da diretriz inclui indivíduos de todos os grupos profissionais relevantes.	7	6	7	6	4	30
5. Procurou-se conhecer as opiniões e preferências da população-alvo (pacientes, público etc.).	7	7	7	7	4	32
6. Os usuários-alvo da diretriz estão claramente definidos.	7	7	6	7	6	33
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>14</b>	<b>95</b>

\*Os itens dos domínios compõem o estudo<sup>(8)</sup>, citado pelos autores.

O domínio 1 foi majoritariamente avaliado nos níveis máximos (6 e 7). Todavia, o avaliador A1 recomendou mudança no segundo objetivo do protocolo, e o avaliador A5 sugeriu delimitar a faixa etária da população-alvo a receber atendimento com base no protocolo (Quadro 1). Após leitura crítica dessas recomendações, decidiu-se pela manutenção da descrição do objetivo no seu formato original, ao entender que este estava adequado e englobava a finalidade do PAPH, isto é, atender pessoas com HIV/aids na área do planejamento familiar, tendo, pois, como foco a fase reprodutiva.

Os avaliadores A2 e A5 sugeriram adicionar, ao domínio 2, além das áreas de formação dos profissionais que participaram do desenvolvimento do protocolo, suas maiores titulações. A recomendação foi acatada, e as respectivas informações foram acrescentadas, pois se entendeu ser um aspecto a gerar maior credibilidade nos usuários do protocolo.

O avaliador A3 levantou a necessidade de especificar para quais profissionais de saúde o protocolo se destina. Contudo, encontra-se explícito no protocolo que este se destina a enfermeiros e a outros profissionais da saúde que lidam com pessoas vivendo com HIV/aids e planejamento familiar.

Logo, o domínio 1 alcançou percentual de qualidade de 96,6%, e o domínio 2 de 88,8%.

**Tabela 2** – Avaliação do protocolo clínico, segundo rigor do desenvolvimento (domínio 3) e clareza da apresentação (domínio 4) (AGREE-II) – Fortaleza, CE, Brasil, 2016.

*Domínio 3 – Rigor do desenvolvimento	Pontuação dos Avaliadores					
	A1	A2	A3	A4	A5	Total
7. Foram utilizados métodos sistemáticos para a busca de evidências.	7	7	7	7	7	35
8. Os critérios para a seleção de evidências estão claramente descritos	7	7	7	7	7	35
9. Os pontos fortes e limitações do corpo de evidências estão claramente descritos.	7	7	7	7	7	35
10. Os métodos para a formulação das recomendações estão claramente descritos.	7	7	6	7	3	30
11. Os benefícios, efeitos colaterais e riscos à saúde foram considerados na formulação das recomendações.	6	5	7	7	7	32
12. Existe uma relação explícita entre as recomendações e as evidências que lhes dão suporte.	6	7	7	7	7	34
13. A diretriz foi revisada externamente por <i>experts</i> antes da sua publicação.	7	7	7	7	7	35
14. Um procedimento para atualização da diretriz está disponível.	7	7	7	7	7	35
<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>54</b>	<b>55</b>	<b>56</b>	<b>52</b>	<b>271</b>
*Domínio 4 – Clareza da apresentação						
15. As recomendações são específicas e sem ambiguidade.	6	6	7	7	7	33
16. As diferentes opções de abordagem da condição ou problema de saúde estão claramente apresentadas.	6	7	7	7	7	34
17. As recomendações-chave são facilmente identificadas.	7	6	7	7	7	34
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>19</b>	<b>21</b>	<b>21</b>	<b>21</b>	<b>101</b>

\*Os itens dos domínios compõem o estudo<sup>(8)</sup>, citado pelos autores.

Sobre o domínio 3, o avaliador A5 questionou a respeito da dinâmica de trabalho dos profissionais que participaram do desenvolvimento do protocolo (para qual conteúdo cada um contribuiu e como ocorreu a organização e a inserção desse material). Após a análise crítica dessa observação, entendeu-se que o avaliador se referiu ao processo de levantamento de temas e organização de um “sumário” preliminar, ou seja, quais temáticas o protocolo abordaria. A esse respeito concluiu-se que tais informações são complementares, não sendo exigidas pelo AGREE-II para compor o PAPH.

No domínio 4, o avaliador A2 sugeriu acrescentar um texto sobre as vacinas utilizadas pelas gestantes soropositivas durante o pré-natal, e o avaliador A5 sugeriu acrescentar uma lista dos serviços de saúde que oferecem atendimento a pessoas vivendo com HIV/aids, do município em que foi desenvolvido o protocolo.

Desse modo, as pontuações do domínio 3 alcançaram um percentual de qualidade de 96,2% e do domínio 4, de 95,5%.

**Tabela 3** – Avaliação do protocolo clínico, segundo aplicabilidade (domínio 5) e independência editorial (domínio 6) (AGREE-II) – Fortaleza, CE, Brasil, 2016.

*Domínio 5 – Aplicabilidade	Pontuação dos Avaliadores					
	A1	A2	A3	A4	A5	Total
18. A diretriz descreve os fatores facilitadores e as barreiras para sua aplicação.	7	6	6	7	7	33
19. A diretriz traz aconselhamento e/ou ferramentas sobre como as recomendações podem ser colocadas em prática.	7	7	7	7	7	35
20. Foram consideradas as potenciais implicações dos recursos decorrentes da aplicação das recomendações.	2	7	7	7	6	29
21. A diretriz apresenta critérios para o seu monitoramento e/ou auditoria.	2	7	7	7	7	30
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>27</b>	<b>27</b>	<b>28</b>	<b>27</b>	<b>127</b>
*Domínio 6 – Independência editorial						
22. O parecer do órgão financiador não exerceu influência sobre o conteúdo da diretriz.	7	7	7	7	7	35
23. Foram registrados e abordados os conflitos de interesse dos membros da equipe que desenvolveram a diretriz.	7	7	7	7	7	35
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>14</b>	<b>14</b>	<b>14</b>	<b>14</b>	<b>70</b>

\* Os itens dos domínios compõem o estudo<sup>(8)</sup>, citado pelos autores.

Assim, obteve-se percentual de qualidade de 95,5% para o domínio 5, e o domínio 6 alcançou pontuação máxima em todas as questões abordadas, resultando em 100%.

O Quadro 1 apresenta as recomendações propostas pelos avaliadores, segundo cada domínio. Ressalta-se que alguns avaliadores, mesmo não atribuindo nota máxima a determinado item que compõe o domínio, não sugeriram modificações no protocolo.

**Quadro 1** – Sugestões dos avaliadores por domínio do AGREE-II – Fortaleza, CE, Brasil, 2016.

Domínio	Sugestões dos avaliadores
Domínio 1	Mudança no segundo objetivo do protocolo (A1) e delimitação da faixa etária a ser atendida (A5). A2, apesar de ter atribuído pontuação menor do que 7 em algum item, não apresentou recomendação.
Domínio 2	A2 e A5 sugeriram acrescentar no PAPHA as maiores titulações dos profissionais participantes do seu desenvolvimento. A3 levantou a necessidade de especificar para quais profissionais de saúde o protocolo se destina. A4, apesar de ter atribuído pontuação menor do que 7 em algum item, não apresentou recomendação.
Domínio 3	A5 questionou para qual conteúdo cada profissional participante do desenvolvimento do protocolo contribuiu e como foram inseridas as contribuições no PAPHA. A1, A2 e A3, apesar de terem atribuído pontuação menor do que 7 em algum item, não apresentaram recomendação.
Domínio 4	A2 sugeriu acrescentar um texto abordando vacinação de gestantes soropositivas. A1, apesar de ter atribuído pontuação menor do que 7 em algum item, não apresentou recomendação.
Domínio 5	A5 sugeriu acrescentar a relação dos serviços de saúde que oferecem atendimento a pessoas vivendo com HIV/aids. A2 e A3, apesar de terem atribuído pontuação menor do que 7 em algum item, não apresentaram recomendação.
Domínio 6	Sem sugestões.

Quanto à avaliação global do PAPHA, três avaliadores atribuíram pontuação máxima (7), e dois conferiram pontuação 6, gerando uma avaliação global da qualidade do PAPHA de 93,3%.

A respeito da recomendação do uso do protocolo, quatro avaliadores responderam “eu recomendaria sem restrições” e um respondeu “eu recomendaria com restrições”, ressaltando-se que as respectivas restrições foram solucionadas, como a importância de citar, além das áreas de formação dos profissionais que participaram do desenvolvimento do protocolo, as suas maiores titulações.

A Tabela 4 especifica os valores de desvio-padrão, média e CVP de cada domínio.

**Tabela 4** – Valores do desvio-padrão (*S*), média ( $\bar{x}$ ) e Coeficiente de Variação de Pearson (CVP) por domínio do AGREE-II – Fortaleza, CE, Brasil, 2016.

Domínio	<i>S</i>	$\bar{x}$	CVP (%)
Escopo e finalidade	0,54	20,4	2,6
Envolvimento das partes interessadas	3,2	17,6	18,6
Rigor do desenvolvimento	1,4	54,2	2,7
Clareza da apresentação	1,09	20,2	5,4
Aplicabilidade	4,1	25,4	16,3
Independência editorial	0,0	14	0,0

Em todos os domínios, o CVP encontrado ficou abaixo de 25%, o que significa elevada homogeneidade nas pontuações dadas aos domínios, achado que sugere pontos de vista semelhantes entre os avaliadores com relação ao protocolo.

O CVP demonstrou maior grau de dispersão dos percentuais de avaliação nos domínios 2 (18,6%) e 5 (16,3%), pela maior variação das pontuações atribuídas pelos avaliadores. O domínio 2 obteve pontuações que variaram de 4 a 7, e o domínio 5, pontuações que variaram de 2 a 7. Os domínios 6, 1 e 3 apresentaram os menores valores de CVP, zero, 2,6% e 2,7%, respectivamente. O domínio 4 apresentou CVP igual a 5,4%.

## DISCUSSÃO

No domínio 1 (escopo e finalidade), o item 1 infere o possível impacto da diretriz na saúde da população ou dos indivíduos envolvidos, analisa se os objetivos gerais da diretriz estão explícitos, e se os benefícios de saúde adquiridos a partir da diretriz atendem ao problema clínico ou à situação de saúde exposta. O item 2 avalia se as recomendações-chave descritas estão de acordo com as situações de saúde abordadas. O item 3 observa se está clara a descrição da população coberta pela diretriz. Os conteúdos dos itens incluem: propósito; benefício esperado ou desfecho; população-alvo; intervenções; comparações quando adequadas; ambiente ou contexto de cuidados de saúde<sup>(8)</sup>.

Apesar de sugerido pelo avaliador A5, não coube delimitar a faixa etária da fase reprodutiva dos 12 aos 49 anos, pois pareceu indevido no sentido de incorrer na exclusão de pessoas, pela variação das idades do início e do final da fase reprodutiva. Estudo realizado em ambulatório de Doenças Infecciosas em Atlanta, Estados Unidos, por exemplo, reafirmou o desejo de concepção de mulheres soropositivas, porém, essas não precisaram o período que desejariam engravidar. Desse modo, restringir a idade para a aplicação do protocolo poderia levar a uma futura exclusão dessas mulheres, que, apesar de estarem em idade mais avançada para a reprodução, poderiam expressar o desejo de conceber e deveriam ter seus direitos atendidos<sup>(10)</sup>.

No domínio 2 (envolvimento das partes interessadas), o item 4 faz referência aos profissionais que participaram do desenvolvimento do protocolo, excluindo-se os revisores externos (avaliadores). Para cada membro do grupo técnico de desenvolvimento, devem ser apresentados: nome, disciplina ou conteúdo da *expertise*, instituição, localização geográfica e descrição do seu papel. No item 5, entende-se que a diretriz deva ser fundamentada nas experiências da população-alvo e nas suas expectativas sobre os cuidados de saúde, ou seja, faz-se necessário haver evidências a fim de contemplar as opiniões das partes interessadas. Deve-se expor a estratégia utilizada para captar as opiniões e preferências do público. O item 6 assevera que os usuários-alvo devem estar expressos na diretriz, além disso, deve abranger o modo de utilização da diretriz por eles, sendo possível, desse modo, o leitor determinar a sua relevância<sup>(8)</sup>.

Embora sugerido pelo avaliador A3 especificar para qual profissional se destina o protocolo, entende-se que este protocolo clínico foi produto de pesquisa em Enfermagem, liderado por enfermeira, cujo grupo técnico de desenvolvimento foi constituído basicamente por enfermeiras. Esses fatores, porém, não limitam o uso do protocolo por outros profissionais de saúde com interesse de conhecimento nas áreas do cuidado de pessoas com HIV/aids. Pesquisa de revisão, que incluiu 20 artigos, representando 19 estudos diferentes localizados na África Subsaariana (15), Haiti (1), Reino Unido (1), Estados Unidos (1) e Ucrânia (1), observou que a integração de serviços realizados por diversos profissionais da saúde, como médicos, enfermeiros e nutricionistas, colaborava para resultados positivos tanto em relação a cuidados relacionados à infecção pelo HIV quanto àqueles ligados à questão reprodutiva<sup>(11)</sup>. Desse modo, apesar de o protocolo enfatizar a prática do enfermeiro, seu conteúdo alcança outros profissionais que podem contribuir positivamente para o planejamento familiar de pessoas vivendo com HIV/aids.

Em relação ao domínio 3 (rigor do desenvolvimento), o item 7 descreve se foram oferecidos detalhes da estratégia de busca das evidências, incluindo descritores, nomes das bases de dados consultadas e períodos de tempo delimitados para a busca. Nos itens 8 e 9, são solicitados os critérios de inclusão/exclusão das evidências identificadas, a descrição de viés e como foi realizada a interpretação das evidências. O item 10 analisa a importância de mencionar os métodos utilizados para formular as recomendações e como se chegou às decisões finais, além de destacar os quesitos de discordância e como estes foram elucidados.

O item 11 avalia se os benefícios, efeitos colaterais e riscos à saúde estão nas recomendações. O item 12 considera que deve haver ligação explícita entre as recomendações e a evidência, devendo esta ser incluída na diretriz, de forma que o usuário possa identificá-la. O item 13 verifica se o protocolo foi submetido à revisão externa antes da publicação e orienta que os avaliadores devem ser *experts*, e que representantes da população-alvo podem ser incluídos. Para classificar esse item, deve-se observar se há finalidade e intenção da revisão externa, os métodos utilizados para conduzir a revisão, a descrição dos revisores externos, os desfechos e as informações obtidas na revisão externa. O item 14 prevê a necessidade de atualização do protocolo, com intervalo de tempo explícito e a metodologia para realização<sup>(8)</sup>.

No domínio 4 (clareza da apresentação), o item 15 apoia que uma recomendação deve conter descrição correta e precisa de que as informações contidas na diretriz são apropriadas à população-alvo. Para classificar o item, deve-se observar o objetivo e a finalidade da ação recomendada, a identificação da população relevante e as ressalvas, quando pertinentes. O item 16 pondera se a diretriz aborda as diferentes formas de rastreamento, prevenção ou tratamento da condição clínica abordada. O item 17 considera que os usuários da diretriz devem poder identificar facilmente as recomendações mais relevantes, por meio de resumos em quadros, destaques em negrito, sublinhados ou fluxogramas/algoritmos, e orienta que recomendações específicas devem ser agrupadas<sup>(8)</sup>.

Apesar de sugerido pelo avaliador A2 o acréscimo de um texto sobre as vacinas utilizadas pelas gestantes soropositivas, entendeu-se que tal assunto não constitui tema focal do PAPH, podendo ser tratado em protocolo outro, voltado ao pré-natal de mulheres vivendo com HIV/aids.

No que concerne ao domínio 5 (aplicabilidade), o item 18 destaca os fatores facilitadores e as barreiras que têm impacto na execução das recomendações. O item 19 versa sobre a efetividade da diretriz, a necessidade da sua disseminação com materiais adicionais, como: documentos que a resumem, instrumentos de checagens, algoritmos e ferramentas para se beneficiar de seus fatores facilitadores. No item 20, são avaliados os recursos necessários à aplicação das recomendações, devendo haver apresentação dos impactos potenciais destas sobre os custos considerados no desenvolvimento da diretriz e na execução das recomendações. O item 21 se refere à mensuração da aplicabilidade da diretriz, com identificação de critérios para avaliação de sua implementação ou aderência às recomendações, analisando impactos positivos ou negativos da implementação das recomendações e aconselhando quanto à periodicidade de medição<sup>(4)</sup>.

O avaliador A1 atribuiu pontuação 2 aos itens 20 e 21 desse domínio, uma vez que não havia informação sobre os recursos necessários à aplicação das recomendações do protocolo, nem sobre os critérios de monitoramento e/ou auditoria. Esse aspecto constituiu a principal limitação desta avaliação. Contudo, pela complexidade desses critérios, sugere-se que sejam atendidos em pesquisa futura de custo-efetividade e de aplicabilidade do PAPH na prática clínica.

Pesquisa quase-experimental, de aplicabilidade de protocolo clínico, foi realizada em hospital da Espanha com o objetivo de avaliar o grau de cumprimento das intervenções de um protocolo clínico voltado para pacientes com sepse grave e choque séptico, e analisar o seu impacto no prognóstico clínico e na duração das internações hospitalares. Os autores ressaltaram que os resultados foram significativos, pois melhorou o conhecimento do manejo clínico da sepse na prática, sugerindo que o protocolo clínico pode ser instrumento útil no planejamento, contribuindo para a excelência do processo assistencial altamente complexo<sup>(12)</sup>.

Embora o avaliador A5 tenha sugerido acrescentar a lista dos serviços de saúde que oferecem atendimento a pessoas vivendo com HIV/aids, entendeu-se que esse atendimento deve ser oferecido nas Unidades Básicas de Saúde e Ambulatórios de HIV/aids, não sendo viável a criação da referida lista em meio a um processo de descentralização do atendimento dessas pessoas. A descentralização constitui um dos maiores desafios para que as ações contra o HIV/aids contemplem, além da diversidade cultural, regional e social, os princípios igualitários e a implantação de estratégias estaduais e municipais abrangentes e inclusivas das pessoas vivendo com HIV/aids<sup>(13)</sup>.

Em relação ao domínio 6 (independência editorial), os itens 22 e 23 versam sobre o financiamento externo e os conflitos de interesse na elaboração das diretrizes. Caso existam, ou não, essa informação deve estar claramente explícita<sup>(8)</sup>.

O PAPHA não contou com financiamento externo, logo, os custos de desenvolvimento foram de responsabilidade das autoras. Em relação aos conflitos de interesse, o grupo técnico de desenvolvimento e avaliadores declararam, formalmente, não possuir conflito de interesse com as autoras, nem estas entre si. Assim, o domínio alcançou 100,0% na avaliação.

Portanto, observa-se que parte das recomendações dos avaliadores foi prontamente incorporada ao PAPHA, e aquelas que foram refutadas receberam as devidas justificativas, não comprometendo a qualidade do protocolo.

O CVP demonstrou maior grau de dispersão dos percentuais de avaliação nos domínios 2 (18,6%) e 5 (16,3%), pela maior variação das pontuações atribuídas pelos avaliadores. O domínio 2 obteve pontuações entre 4 e 7, e o domínio 5, pontuações entre 2 e 7. Os domínios 6, 1 e 3 apresentaram os menores valores de CVP, zero, 2,6% e 2,7%, respectivamente. O domínio 4 apresentou CVP igual a 5,4%.

Todos os domínios foram avaliados com qualidade acima de 88,80%, com o domínio 6 (independência editorial) tendo alcançado avaliação máxima de todos os avaliadores (7), gerando um percentual de qualidade de 100,0%; três domínios obtiveram 95,50% ou mais na avaliação, e dois domínios alcançaram 88,80% e 89,10%. Considerando-se que o ponto de corte adotado pelas autoras para considerar satisfatória a qualidade do PAPHA foi de 70,0%, que o CVP em todos os domínios se manteve inferior a 25,0%, demonstrando homogeneidade nas opiniões dos avaliadores (consenso), e que todos os domínios foram avaliados acima de 88,80%, o protocolo não voltou para uma ou mais avaliação, conforme recomenda a técnica Delphi<sup>(9)</sup>.

Na avaliação global, o avaliador realiza um julgamento sobre a qualidade final do protocolo, considerando os 23 itens anteriormente avaliados e pontuando de 1 (qualidade mais baixa possível) a 7 (qualidade mais alta possível). Em seguida, emite um parecer recomendando ou não o uso da diretriz na prática<sup>(8)</sup>. Nesse sentido, o PAPHA foi recomendado para uso na prática clínica por quatro avaliadores, sem restrição. Um avaliador indicou o uso com restrições, todavia estas não exprimem comprometimento

da qualidade e segurança do conteúdo do instrumento, e foram sanadas.

Pesquisa realizada com o objetivo de avaliar a qualidade de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) elaborados entre 2009 e 2012 pelo Ministério da Saúde, utilizando o AGREE-II, identificou 59 PCDT, dos quais oito foram sorteados e avaliados por três avaliadores independentes. “Para o item recomendação do uso da diretriz, dois avaliadores recomendaram o uso de todas, mas com modificações, e um não recomendou qualquer diretriz”<sup>(14)</sup>.

Esses resultados se somam para fortalecer a necessidade de adequações dos protocolos clínicos quanto aos domínios do AGREE-II.

## CONCLUSÃO

O PAPHA apresentou qualidade satisfatória na avaliação, uma vez que os percentuais de qualidade atribuídos pelos avaliadores foram superiores ao ponto de corte adotado pelas autoras (70,0%), alcançando 96,6% no domínio 1 – escopo e finalidade; 88,8% no domínio 2 – envolvimento das partes interessadas; 96,2% no domínio 3 – rigor de desenvolvimento; 95,5% no domínio 4 – clareza de apresentação; 89,1% no domínio 5 – aplicabilidade; e 100,0% no domínio 6 – independência editorial.

O CVP foi inferior a 25% em todos os domínios do AGREE-II, ou seja, as pontuações atribuídas pelos avaliadores mostraram-se lineares ou homogêneas, significando elevada concordância entre eles. Com os percentuais de avaliação da qualidade e o CVP satisfatório, pode-se inferir que o protocolo tem qualidade satisfatória.

Os benefícios do AGREE-II no processo de avaliação da qualidade de protocolos clínicos são irrefutáveis, como a sistematização das principais características do protocolo e a fácil aplicação e consolidação das pontuações atribuídas pelos juízes.

Sugere-se o desenvolvimento de estudos futuros sobre o custo-efetividade da implantação do PAPHA no SUS e sobre o monitoramento e a auditoria de uma experiência-piloto de implantação.

## RESUMO

**Objetivo:** Avaliar a qualidade de protocolo clínico para atendimento em planejamento familiar de pessoas vivendo com HIV/aids. **Método:** Pesquisa avaliativa realizada com base nos seis domínios do *Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II* e no Coeficiente de Variação de Pearson. **Resultados:** O protocolo alcançou entre 88,8% e 100,0% de qualidade nos domínios do *Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II* e 93,3% na avaliação global. Obteve-se coeficiente de variação de Pearson entre zero e 18,6. Uma vez que se adotou percentual mínimo de 70,0% à qualidade atribuída pelos avaliadores, conferiu-se qualidade em todos os domínios do *Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II*. Com o coeficiente em todos os domínios inferior a 25%, infere-se que as pontuações atribuídas pelos avaliadores foram lineares ou homogêneas, significando elevada concordância entre eles. **Conclusão:** O protocolo foi avaliado como instrumento de qualidade, recomendado para uso por profissionais de saúde que lidam com o planejamento familiar de pessoas vivendo com HIV/aids.

## DESCRITORES

Protocolos; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Planejamento Familiar; Soropositividade para HIV; Enfermagem em Saúde Pública.

## RESUMEN

**Objetivo:** Evaluar la calidad de protocolo clínico para atención en planificación familiar de personas viviendo con VIH/SIDA. **Método:** Investigación evaluativa llevada a cabo con base en los seis dominios del *Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II* y en el Coeficiente de Variación de Pearson. **Resultados:** El protocolo alcanzó entre el 88,8% y el 100,0% de calidad en los dominios del *Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II* y el 93,3% en la evaluación global. Se logró el coeficiente de variación de Pearson entre cero y 18,6. Toda vez que se adoptó porcentual mínimo del 70,0% a la calidad atribuida por los evaluadores, se verificó calidad en todos los dominios del *Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II*. Con el coeficiente inferior al 25% en todos los dominios, se infiere que los puntajes atribuidos por los evaluadores fueron lineales y homogéneos, significando elevada concordancia entre ellos. **Conclusión:** El protocolo fue evaluado como instrumento de calidad, recomendado para empleo por profesionales sanitarios que manejan la planificación familiar de personas viviendo con VIH/SIDA.

## DESCRIPTORES

Protocolos; Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; Planificación Familiar; Seropositividad para VIH; Enfermería en Salud Pública.

## REFERÊNCIAS

1. Werneck MAF, Faria HP, Campos KFC. Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço [Internet]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais/Núcleo de Educação em Saúde Coletiva; 2009 [citado 2016 set. 12]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1750.pdf>
2. Manchikanti L, Singh V, Helm S 2nd, Trescot AM, Hirsch JA. A critical appraisal of 2007 American College of Occupational and Environmental Medicine (ACOEM) Practice Guidelines for Interventional Pain Management: an independent review utilizing AGREE, AMA, IOM, and other criteria. *Pain Physician*. 2008;11(3):291-310.
3. Ribeiro RC. Clinical guidelines: how to evaluate its quality? *Rev Bras Clin Med*. 2010;8(4):350-5.
4. Khan GSC, Stein AT. Adaptação transcultural do instrumento Appraisal of Guidelines For Research & Evaluation II (AGREE II) para avaliação de diretrizes clínicas. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014 [citado 2016 set. 12];30(5):1111-4. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n5/0102-311X-csp-30-5-1111.pdf>
5. Gonçalves TR, Carvalho FT, Faria ER, Goldim JR, Piccinini CA. Vida reprodutiva de pessoas vivendo com HIV/aids: revisando a literatura. *Psicol Soc*. 2009;21(2):223-32.
6. Haddad L, Wall KM, Vwalika B, Khu NH, Brill I, Kilembe W, et al. Contraceptive discontinuation and switching among couples receiving integrated HIV and family planning services in Lusaka, Zambia. *AIDS*. 2013;27 (1):93-103.
7. Johnston B, Ligiero D, Silva S, Medley A, Nightingale V, Sripibatana T, et al. Meeting the family planning needs of women living with HIV in US government global health programs. *AIDS*. 2013;Suppl 1:S121-5.
8. Agree Next Steps Consortium. Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE II). Instrumento para Avaliação de Diretrizes Clínicas [Internet]. Ontário; 2009 [citado 2015 dez. 15]. Disponível em: [http://www.agreetrust.org/wpcontent/uploads/2013/06/AGREE\\_II\\_Brazilian\\_Portuguese.pdf](http://www.agreetrust.org/wpcontent/uploads/2013/06/AGREE_II_Brazilian_Portuguese.pdf)
9. Scarparo AF, Laus ALCS, Freitas MRI, Gabriel CS, Chaves LDP. Reflections on the use of Delphi technique in a reserach in nursing. *Rev RENE*. 2012;13(1):242-51.
10. Crankshaw TL, Matthews LT, Giddy J, Kaida A, Ware NC, Smit JA, et al. A conceptual framework for understanding HIV risk behavior in the context of supporting fertility goals among HIV-serodiscordant couples. *Reprod Health Matters*. 2012;30(39):50-60.
11. Lisy K. Integration of HIV/AIDS Services with Maternal, Neonatal and Child Health, Nutrition, and Family Planning Services. *Pub Health Nurs*. 2013;30(5):451-3.
12. Laguna-Pérez A, Chilet-Rosell E, Lacosta MD, Alvarez-Dardet C, Selles JU, Muñoz-Mendoza CL. Observância e efetividade das intervenções de um protocolo clínico utilizado para pacientes com sepse grave e choque séptico de uma Unidade de Cuidados Intensivos da Espanha. *Rev Latino Am Enfermagem* [Internet]. 2012 [cited 2016 sept 12]; 20(4):. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n4/pt\\_02.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n4/pt_02.pdf)
13. Villarinho MV, Padilha MI, Berardinelli LMM, Borenstein MS, Meirelles BHS, Andrade SR. Public health policies facing the epidemic of AIDS and the assistance for people with the disease. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2013 [citado 2016 set. 22];66(2):271-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/18.pdf>
14. Ronsoni D'M, Pereira CCA, Stein AT, Osanai MH, Machado CJ. Avaliação de oito Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Ministério da Saúde por meio do instrumento AGREE II: um estudo piloto. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2015 [citado 2016 set. 23];31(6):1157-62 Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v31n6/0102-311X-csp-31-6-1157.pdf>



Este é um artigo em acesso aberto, distribuído sob os termos da Licença Creative Commons.