

ELABORAÇÃO DE PROTOCOLOS CLÍNICOS: PROBLEMAS NO USO DA EVIDÊNCIA
DEVELOPMENT OF CLINICAL PROTOCOLS: PROBLEMS IN THE USE OF THE EVIDENCE
ELABORACIÓN DE PROTOCOLOS CLINICOS: PROBLEMAS EN EL USO DE LA EVIDENCIA

BERTHA CRUZ ENDERS¹
REJANE MARIE BARBOSA DAVIM²

A Prática Baseada na Evidência – PBE é, atualmente, uma estratégia recomendada para a melhoria das práticas clínicas e gerenciais em saúde. Este trabalho focaliza os problemas no uso da evidência para a elaboração de protocolos de assistência ao parto normal em uma maternidade escola. Discute-se o processo utilizado e se reflete sobre as barreiras à efetivação da prática baseada na evidência no contexto do estudo. Conclui-se que a utilização da evidência para definição das decisões assistenciais é viável, embora haja necessidade de aprofundar o conhecimento dos profissionais na captação e validação dessas informações.

UNITERMOS: *Protocolos clínicos; Diretrizes para a prática clínica; Parto normal.*

Evidence-based Practice – EBP, is, presently a recommended strategy for the improvement of clinical and managerial health care practices. This paper focuses on the problems in the use of the evidence for the construction of care protocols for normal births in a maternity hospital. The group process and the barriers to the effective implementation of evidence-based practice in the context of the study are discussed. It is concluded that the utilization of the evidence for normative decision-making is viable but there is a need for group improvement in the search for and validation of scientific studies.

KEY WORDS: *Clinical protocols; Practice guidelines; Natural childbirth*

La Práctica Basada en la Evidencia – PBE es la estrategia actual recomendada para mejorar las prácticas clínicas y de gestión. Este trabajo enfoca los problemas en el uso de la evidencia para la elaboración de los protocolos en el parto normal en una maternidad. Se identifica el proceso y se hace una reflexión sobre los obstáculos que impeden la práctica basada en la evidencia en el contexto del estudio. Se llega a la conclusión de que el uso de la evidencia es posible, pero hay necesidad de capacitación del equipo en la busca electrónica y la validación de los estudios.

PALABRAS CLAVE: *Protocolos clínicos; Pautas practicas; Parto normal.*

¹ Ph.D Enfermagem, Professora Titular, Departamento de Enfermagem, UFRN, Natal, RN.

² Mestre em Enfermagem Saúde Pública, Professora Adjunto, Departamento de Enfermagem, UFRN, Natal, RN.

INTRODUÇÃO

A Prática Baseada na Evidência – PBE, é a abordagem atualmente recomendada para a melhoria das práticas em saúde^(1,2) e adotada por diversas categorias, principalmente a medicina, em países como a Grã Bretanha, Canadá e os Estados Unidos, para qualificar suas ações. No Brasil, já se observa na literatura médica^(3,4) e de enfermagem⁽⁵⁾, uma tendência para discutir essa prática e os meios que poderão facilitar o seu uso.

Este trabalho aborda uma experiência no uso da evidência científica na elaboração de protocolos de assistência ao parto normal, desenvolvida em uma maternidade escola e que utilizou os princípios da PBE como referencial norteador das atividades. Nesta apresentação se focaliza a utilização da evidência científica para elaboração dos protocolos. Objetiva-se refletir sobre os problemas operacionais enfrentados nesse processo, que dificultaram o cumprimento dos princípios da PBE na sua totalidade. Perante a escassa literatura sobre a adoção dessa estratégia nos serviços de saúde no Brasil, o trabalho levanta uma discussão das condições necessárias que as instituições deverão possuir para a implementação da atenção à saúde, baseada na evidência mais atual e assim qualificar as suas ações. Discutem-se as considerações teóricas acerca da elaboração de protocolos e o projeto desenvolvido em uma maternidade escola da região Nordeste, como uma experiência no uso das evidências científicas. Finalmente consideram-se as dificuldades de implementação que foram enfrentadas e os ajustes que precisariam ocorrer para a efetiva aplicação dos princípios da PBE na elaboração desses documentos.

O PROTOCOLO BASEADO NA EVIDÊNCIA – CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS

Considerado como uma adaptação de um guia clínico para atender as condições locais⁽⁶⁾, o protocolo, na gerência, representa uma modificação de um padrão geral, contendo detalhes operacionais e especificações sobre o que se faz, quem faz, e como se faz, até chegar ao mais detalhado plano clínico. Estas afirmações são sistematicamente elaboradas para assistir o profissional nas decisões de assistência a pacientes em circunstâncias específicas.⁽⁶⁾ O guia clínico (*clinical guideline*), seria, por sua vez, uma

diretriz mais geral, pois contém declarações elaboradas para assistir os profissionais nas decisões de atenção à saúde dos pacientes que se encontram em certas circunstâncias. Assim, o protocolo se diferencia do guia clínico pelo seu detalhe nos passos de implementação. É, portanto, uma ferramenta apropriada e efetiva para a disseminação do conhecimento contido nos guias clínicos.

Em geral, a PBE na clínica e na gerência engloba quatro grandes passos: 1) identificação do problema clínico, ou o questionamento a ser pesquisado, 2) procura das evidências, 3) avaliação crítica da evidência obtida e 4) determinação da intervenção com base na utilização da melhor evidência encontrada e na perspectiva do paciente, para definir o plano de cuidados.⁽¹⁾ A elaboração de protocolos também parte de um problema clínico, que é a construção de padrões que possam ser utilizados para qualificar as ações de saúde e reduzir as indevidas variações da prática⁽⁷⁾, e segue os mesmos passos. Porém, a sua elaboração contém algumas especificações que lhe outorgam uma diferenciação.

Elaborados geralmente por um pequeno grupo de pessoas representando as diversas categorias interessadas, o protocolo se desenvolve em 4 fases: **estudo da literatura, construção do protocolo, testagem e revisão na prática.**⁽⁸⁾ No estudo da literatura, se identificam as pesquisas sobre a efetividade e propriedade da estratégia clínica em foco. Em seguida se constrói o protocolo, após o estudo qualificado da evidência de pesquisas encontradas. A testagem do protocolo começa pela avaliação, por outros profissionais, não envolvidos no processo, quanto a sua clareza, consistência interna e aceitabilidade. O protocolo é depois testado em serviço para avaliar a viabilidade de seu uso na prática. Por último, é revisado após certo tempo de utilização e modificado com base em novos conhecimentos científicos.⁽⁸⁾

Sendo que, o protocolo deverá servir de base para a avaliação da qualidade das ações e procedimentos, é imprescindível que o mesmo seja desenvolvido rigorosamente e baseado na melhor evidência de efetividade possível. Assim, pode-se dizer que há três tipos de protocolos – “o protocolo de resultados”, elaborado quando a literatura científica oferece evidência clara de que a intervenção terá o resultado esperado; “o protocolo de consenso” quando a evidência não é forte ou não está bem disponível, mas existe consenso

entre os profissionais da clínica quanto aos resultados; e a “declaração de não-consenso na prática” elaborada na ausência de consenso e quando existem várias hipóteses científicas acerca do tratamento ou procedimento.⁽⁶⁾

Assim, os protocolos elaborados deverão focalizar os resultados, estar baseados na melhor evidência científica e no melhor julgamento profissional. Devem refletir a perspectiva do paciente, ser válidos, confiáveis e elaborados de forma clara e representativa. Além disso, devem ser aplicáveis, flexíveis, documentados, utilizados amplamente, avaliados quanto a sua efetividade e atualizados.⁽⁶⁾ Sendo elaborados por um grupo multidisciplinar, os protocolos passam a ser de responsabilidade das pessoas envolvidas na sua construção^(7,9) e devem ser de fácil acesso aos demais profissionais e ao público e estar acompanhados das evidências que lhes apóiam.

Poucos estudos oferecem esquemas de ordenação dos conteúdos. Porém, alguns documentos aceitos como protocolos, contêm: os princípios básicos da terapêutica, comentários gerais sobre precauções ou fatores a considerar, indicações e contra-indicações das medidas a serem tomadas em ordem de sua efetivação, resultados esperados, outras informações a salientar acerca da situação em foco e, por último, bibliografia pertinente. O protocolo poderá requerer outros elementos, dependendo de sua especificação e da evidência encontrada.

O ACESSO À EVIDÊNCIA – CONSIDERAÇÕES OPERACIONAIS

Considerando que a evidência é elemento crucial para a elaboração de protocolos clínicos, levanta-se a questão acerca do que constituiria a “evidência”, como acessá-la e utilizá-la. A rigor, a evidência se restringe às informações científicas obtidas através do processo científico de investigação^(1,8) e disponível de duas formas: nas pesquisas originais publicadas em periódicos científicos e em estudos de revisão das pesquisas primárias, como por exemplo a revisão sistemática.

A revisão sistemática é a investigação que utiliza métodos rigorosos para o estudo de pesquisas originais utilizando estratégias de busca que limitam os vieses e o erro padrão.⁽¹⁰⁾ Exige uma busca compreensiva dos estudos relevantes e o uso de critérios reproduzíveis e explí-

tos na seleção dos artigos para revisão. Os delineamentos e as características dos estudos são avaliados, os resultados das pesquisas são sintetizados de forma integrada e interpretados, levando a uma conclusão acerca da efetividade do procedimento ou intervenção sob estudo. Quando os estudos são resumidos e não combinados estatisticamente, a revisão é uma “revisão sistemática qualitativa”. Trabalhos de revisão que não possuem descrições explícitas de métodos sistemáticos para o seu desenvolvimento são consideradas “revisões narrativas”. Quando se utilizam métodos estatísticos para combinar os resultados de dois ou mais estudos, essa revisão é chamada de “revisão sistemática quantitativa”, ou “meta-análise”.⁽¹⁰⁾ Esta última é considerada a melhor forma de evidência para as decisões clínicas porque é reproduzível e realizada com ensaios clínicos controlados.⁽¹¹⁾

Embora seja um consenso que a melhor evidência é aquela derivada de estudos meta-analíticos, aponta-se na literatura, outra alternativa para as disciplinas, como a enfermagem, que, devido a sua natureza e tradição epistemológica, não possuem um corpo de conhecimento, ou evidência derivada de ensaios clínicos controlados, revisões sistematizadas ou meta-análises. Essa opção permite que, na ausência de evidência baseada em pesquisas, deverão ser consideradas informações derivadas de outras fontes tais como: análises de efetividade de custos acerca do tratamento, conhecimento da fisiopatologia, revisão retrospectiva ou atual de prontuários, bases de dados sobre riscos existentes, padrões da prática estabelecidos por organizações das especialidades, dados institucionais de infecção hospitalar, preferências dos pacientes e perícia clínica de especialistas na área.⁽¹²⁾ Outros⁽¹³⁾ sugerem, no entanto, que, para evitar vieses de publicação, se inclua também a “literatura cinza” a qual é composta de material bibliográfico, em outros idiomas além do inglês, de dados brutos de pesquisas, teses, relatórios internos, bem como de artigos publicados em periódicos sem corpo editorial, entre outras fontes não tradicionais.⁽¹³⁾ Embora o uso de estudos experimentais, não-experimentais e qualitativos seja apropriado nesta perspectiva, considera-se que é mais importante a avaliação da qualidade metodológica do trabalho com relação à apropriação do seu delineamento à questão de pesquisa. Portanto, serão considerados como evidência, estudos cientificamente válidos, possíveis de serem replicados e que não ofereçam prejuízo aos pacientes.⁽¹²⁾

Discute-se, na enfermagem, a existência de outros tipos de evidência além dos resultados de pesquisas científicas qualificadas, tais como: derivada de opiniões e discussões; embasada em fatos ou em peritos; obtida da perspectiva do paciente e a baseada na experiência e conhecimento do profissional.⁽¹⁴⁾ Entretanto, ao colocar a evidência em uma hierarquia de força dependendo de sua validade e ausência de vieses (Figura 1), mantém-se a visão de que a melhor é aquela derivada de revisões sistemáticas quantitativas.

HIERARQUIA DE FORÇA DA EVIDÊNCIA	
1.	Evidência proveniente de uma revisão sistematizada de múltiplos ensaios randomizados e controlados.
2.	Evidência proveniente de um ou mais ensaios randomizados e controlados, bem delineados.
3.	Evidência proveniente de ensaios sem randomização ou de estudos com delineamentos de investigação antes e depois de um único grupo, estudos coorte, estudos de séries temporais ou de comparação de casos controle ou estudos de observação.
4.	Evidência proveniente de estudos descritivos bem delineados ou de pesquisa qualitativa.
5.	Opiniões de comitês compostos de peritos ou de autoridades respeitáveis, baseadas em evidência clínica.
6.	Experiência profissional ou perícia dos pares.
<p>O propósito da hierarquia é graduar o delineamento de pesquisa dos estudos de acordo com a confiabilidade de seus resultados e sua susceptibilidade a vieses.</p> <p>OBS.: <i>A validade de um estudo depende não só da força da evidência como especificado, mas também no quão bem o estudo foi delineado, desenvolvido e analisado – portanto, há necessidade de avaliar criticamente toda evidência.</i></p>	

Figura 1. Hierarquia de Força da Evidência⁽¹⁴⁾

Considerando, portanto, os diversos tipos de evidência, algumas fontes mais recomendadas são: bases bibliográficas especializadas, impressas ou eletrônicas, como a *Biblioteca Cochrane* para revisões sistematizadas, o *WHO Reproductive Health Library*, o *Evidence Based Based Nursing* e os periódicos on-line *Evidence-Based Medicine* e *Journal of Clinical Effectiveness*, o *Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (DARE)*; bases de dados como o *Bireme*, *Medline*, *PsycLi* e *CINHAHL*, alguns acessíveis sem custo.^(15,16,17)

O PROJETO DE ELABORAÇÃO DE PROTOCOLOS

Em 1997, enfermeiras obstetras “midwives” se integraram à equipe da maternidade escola. Eram enfermeiras que já atuavam na instituição e que foram treinadas por “midwives” da Inglaterra, nas habilidades “midwifery”, através de um projeto de colaboração técnico-científico entre a UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE (UFRN) e universidades britânicas na área de maternidade segura.⁽¹⁸⁾ Uma vez preparadas, essas profissionais estavam aptas a prestar assistência à mulher antes, durante e depois do parto, de forma integral, com competência técnica e de humanização, objetivando o alcance da maternidade segura.⁽¹⁹⁾ A integração destas enfermeiras que realizariam partos normais, exigia uma reconsideração dos procedimentos assistenciais normativos já existentes na instituição.

Paralelamente, instalava-se no setor obstétrico, uma política de melhoria da assistência à mulher através do parto humanizado. Isto implicava em uma reformulação das práticas assistenciais e um comprometimento com os conceitos de “midwifery” e de maternidade segura. A elaboração de protocolos que englobassem os princípios do parto humanizado seria mais um passo nessa direção.

Foi nesse contexto de inovação que um projeto de extensão de elaboração de normas e protocolos para assistência à mulher em parto normal, foi iniciado em abril 2001. Seus objetivos eram elaborar por escrito, os protocolos clínicos para o parto normal assistido pelos médicos e enfermeiros obstetras, bem como os relacionados ao fluxo do serviço e da assistência ao recém-nascido, e, divulgá-los junto à administração e aos profissionais para sua disseminação, discussão, avaliação e futura implementação. Foi desenvolvido por uma equipe composta de 20 profissionais, entre eles, enfermeiros, médicos obstetras, pediatras, docentes e técnicos da instituição, residentes e alunos de medicina e de enfermagem, contando ainda, com representação da direção do hospital.

Ancorado ao conceito de Prática Baseada na Evidência, ou PBE, entendido como o “uso consciencioso, explícito e criterioso da melhor evidência disponível no momento, a fim de adotar condutas na assistência individual do paciente”,⁽²⁰⁾ o projeto se desenvolveu através de reuniões programadas quinzenalmente no horário notur-

no, trabalho de pequenos grupos na revisão de material bibliográfico e eletrônico, discussão e elaboração de protocolo. Um total de 160 horas de investimento foi programado para cada profissional.

Foram definidos 5 grupos, cada um com 3 a 4 membros designados, que trabalhariam (Figura 2) na elaboração dos seguintes documentos: normas e rotinas do setor, uso do partograma, indução ao parto com ocitocina, episiotomia e posição no parto.

PROCESSO DE TRABALHO DOS GRUPOS	
1.	Definir a Situação/Aspecto/Intervenção Que se Quer Trabalhar em Protocolo.
2.	Realizar a Revisão da Literatura/Procurar a Evidência
	A – Formular a(s) pergunta(s)
	B – Localizar o material bibliográfico
	C – Avaliar o material
	D – Coletar os dados, fazendo uma síntese do apanhado de resultados
	E – Fazer um relatório da revisão
3.	Elaborar o Documento de Protocolo
4.	Discutir o Protocolo com o Grande Grupo
5.	Divulgar o Protocolo em Seminário da Instituição

Figura 2 – Plano de Trabalho Adaptado^(1,8)

Em preparação para o trabalho, deu-se uma explicação sobre o conceito de evidência científica mais significativa e de mais força, as principais fontes disponíveis para localizá-la, e a importância de utilizar material bibliográfico mais atual e válido, bem como a necessidade de manter uma listagem das referências bibliográficas para ser anexada ao protocolo. Devido ao desconhecimento de alguns membros da equipe sobre acesso à Internet e às fontes eletrônicas de dados, realizou-se uma sessão de treinamento em um laboratório de informática em outro local.

Na realidade, até os fins de setembro, foram realizadas 7 reuniões de grande grupo e reuniões de pequenos grupos adicionais em número indefinido, somando um total de aproximadamente 11 das 23 programadas até essa data. Vários fatores interferiram para o desvio do cronograma: a falta de comparecimento dos membros e posteriormente, as férias programadas para o mês de julho, a greve universitária flagrada no mês de agosto que continuou até outubro de 2001. Apenas dois grupos atingiram sua meta no tempo previsto, o de partograma e o de

uso de ocitocina. Os outros subgrupos elaboraram seus protocolos já em 2002, dentro das possibilidades de se reunir para esse propósito. Dessa forma, o projeto concluiu suas atividades em dezembro 2002, sem, no entanto, ter atingido todos os seus objetivos.

Em retrospecto, é possível fazer alguns comentários acerca do desenvolvimento do projeto na tentativa de avaliar o processo e delinear as dificuldades de ordem operacional e organizacional que deverão ser discutidas em uma avaliação mais detalhada, entre elas, a falta de assiduidade dos membros nas atividades do grupo. Entretanto, abordam-se aqui especificamente, as dificuldades no que diz respeito à procura da evidência científica, por entender que esses obstáculos precisam ser superados se uma efetiva implementação da PBE na instituição for planejada.

AS DIFICULDADES NO USO DAS EVIDÊNCIAS

1. Focalização na literatura em português: A dificuldade no uso do inglês pela maioria dos membros do grupo, limitou as possibilidades de acesso às principais fontes de informação eletrônica. Embora cada subgrupo tivesse pelo menos um membro que possuía conhecimento da língua inglesa suficiente para navegar nas bases de dados eletrônicas, a maioria dos grupos tendeu a concentrar-se em publicações na língua portuguesa impressa, limitando o acesso às fontes internacionais.

Nesse sentido, vale ressaltar que mediante a possibilidade de incluir a evidência escrita em línguas, além do inglês⁽¹³⁾, a ausência de estudos publicados nesse idioma, ou seja, a concentração quase que exclusiva em artigos em português, ressaltou o pouco investimento no estudo da vasta literatura internacional disponível em periódicos da área. Sabe-se, por exemplo, que a obstetrícia é uma área pioneira no desenvolvimento e uso da evidência. Portanto, a limitação neste sentido levanta a questão de quão extenso foi a busca por meio eletrônico.

2. Falta de equipamento de acesso eletrônico: A precariedade da maternidade na disponibilização de equipamento de informática para acesso à Internet tornou a busca de informações em um esforço laborioso. O profissional era forçado a procurar em locais fora da instituição para acesso on-line das fontes. Isso inviabiliza a prática

baseada na evidência na medida que impossibilita o acesso imediato às informações mais atuais.

Tem-se observado que a elaboração e implementação dos protocolos e guias clínicos baseados na evidência, ocorre em países onde o equipamento necessário e o acesso às informações eletrônicas são amplamente disponíveis e estabelecidos.⁽¹³⁾ Isto levanta o questionamento de que, até que ponto pode-se remediar esse problema em contextos nos quais esses equipamentos não estão disponíveis, como é o caso da instituição onde se desenvolveu o projeto.

3. Desconhecimento das formas de acesso eletrônico: Aliado à falta de disponibilidade de computadores com acesso eletrônico às informações a qualquer hora, a deficiência de conhecimento da maioria dos membros, no manejo do equipamento eletrônico para acesso à Internet aumentou a dificuldade de localização de dados.

As dificuldades técnicas e conceituais relacionadas à captação da evidência são esperadas, tendo em vista que, em geral, o pessoal clínico possui pouca exposição ao uso de material eletrônico no seu dia a dia. Questiona-se se haverá possibilidade de qualificar todos os profissionais envolvidos assistencialmente para a captação de material e de sua avaliação, bem como se estariam dispostos a investir tempo e esforço nesse sentido.⁽¹³⁾

4. Inexperiência na avaliação da evidência válida: Neste sentido, reconhece-se que o conceito de uso de evidência é novo na instituição, embora alguns profissionais trabalhassem com essa diretriz. Isto ocasionou uma dependência na opinião de profissionais com maior autoridade para as decisões clínicas, sem, no entanto, haver questionamentos sobre a documentação científica que substanciava as afirmações. Este problema engloba questões de conhecimento do processo científico metodológico. Se, o ensaio clínico e a revisão sistemática quantitativa constituem a evidência mais confiável, espera-se que todos os profissionais de saúde possam avaliar os méritos dos estudos que utilizam essas metodologias. Entretanto, sabemos que na maioria dos cursos da saúde, inclusive a enfermagem, esse conteúdo não é abordado. Levanta-se aqui, o mesmo questionamento mencionado anteriormente: Os profissionais estariam dispostos a investir o tempo e esforço em uma capacitação dessa natureza? E a instituição?

5. Falta de atendimento ao cronograma de trabalho pelos profissionais: A dificuldade da maioria dos

membros em participar nos horários programados do projeto teve reflexo no processo de trabalho, pois a descontinuidade e a prorrogação de datas ocasionou o retardamento da conclusão do projeto. Por outro lado, compreende-se que os profissionais tinham outros compromissos que dificultavam o seu comparecimento ao projeto.

O problema de sobrecarga de trabalho dos membros e, conseqüentemente, as faltas ao cronograma de trabalho na elaboração de protocolos nas instituições tem sido apontado como um das barreiras ao sucesso de alguns grupos.⁽⁷⁾ Em alguns casos o trabalho de elaboração de protocolos poderá ser considerado pelos profissionais como desnecessário ou até uma atividade a realizar que favorece mais a instituição⁽⁷⁾, e portanto, a disponibilidade de investir o tempo necessário nessa tarefa poderá não estar presente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em que pese as dificuldades na realização do projeto, avalia-se que a experiência foi positiva, porque permitiu uma aproximação ao uso da evidência e apontou algumas considerações que devem ser realizadas antes de enveredar no caminho da Prática Baseada na Evidência. Além disso, algumas sugestões podem ser colocadas para futuros trabalhos no uso da evidência, quer na elaboração de protocolos, quer na assistência direta. Entende-se que algumas medidas poderão ser empreendidas em nível local como por exemplo:

- Capacitação dos profissionais de saúde no uso das fontes eletrônicas e em especial, o portal da CAPES disponível através do sistema de serviço eletrônico da universidade, para acesso à rede científica mundial (Web of Science).
- Fortalecimento dos meios de trabalho na instituição, de forma a disponibilizar equipamentos de acesso às fontes de informação eletrônica, principalmente à Internet, para os profissionais. O conhecimento atualizado deverá estar ao alcance a todo profissional de saúde no seu local de trabalho. Cabe a eles elaborar meios para tornar essas informações úteis na sua prática. Reconhece-se que este é um problema que promete permanecer por tempo indeterminado, considerando a crise financeira que a universidade bra-

sileira enfrenta e que a impossibilita de equipar adequadamente as suas instituições de saúde com material de informática.

- Maior investimento por parte dos profissionais em se capacitar na língua inglesa e em outras, de forma que as informações existentes internacionalmente possam estar a seu alcance. Isto depende de cada profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gray AM. Evidence-based health care: how to make health policy and management decisions. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1997.
2. Chassin M. Practice guidelines: best hope for quality improvement in the 1990s. *J Occup Med* 1990; 32:1199-206.
3. Atallah AN. O que é medicina baseada em evidências? *Psychiatry on-line Brazil* 1997 jul (2) Disponível em: <http://www.polbr.med.br/arquivo/medevid.htm>. Acessado em: 9 nov. 2003.
4. Duncan BB, Schimidt MI. Medicina embasada em evidências. *Rev Assoc Med Bras* 1999 jul/set; 45(3):247-54.
5. Enders B. A pesquisa subsidiando a prática de enfermagem: desafios da prática baseada na evidência. *Anais do 52º Congresso Brasileiro de Enfermagem*; 2000 out 21-26; Recife, PE: ABEn; 2001. p.159-66.
6. Long A. Guidelines, protocols and outcomes. *Int J Health Care Qual Assur* 1994; 7(5):4-7.
7. Lawton R, Parker D. Procedures and the professional: the case of the British NHS. *Soc Sci Med* 1999; 48:353-61.
8. Thomas L. Implementation Forum - Clinical practice guidelines. *Evidence-based nursing* 1999 Apr 2(2):38-9.
9. Heymann T. Clinical protocols are key to quality health care delivery. *Int J Health Care Qual Assur* 1994; 7(7):14-7.
10. Cook DJ, Mulrow CD, Haynes RB. Systematic reviews: synthesis of best evidence for clinical decisions. *Ann Int Med* 1997 Mar 126:376-80.
11. Atallah AN, Castro AA. Revisão sistemática da literatura e meta-análise: a melhor forma de evidência para tomada de decisão em saúde e a maneira mais rápida de atualização terapêutica. Disponível em: <<http://bem texto da unusp1>>. Acessado em: 3 mar 2001.
12. Goode CJ. What constitutes the "evidence" in Evidence-Based Practice? *Appl Nurs Res* 2000; 13(4):222-5.
13. Lohr KN, Elazer K, Mauskopf J. Health policy issues and applications for evidence-based medicine and clinical practice guidelines. *Health Policy* 1998; 46:1-19.
14. Hek G. Evidence-base practice: finding the evidence. *J Com Nurs* 2000;14(11):19-22.
15. Garner P, Kale R, Dickson R. et al. Implementing research findings in developing countries. Getting research findings into practice. *Education and Debate. BMJ* 1998;317:531-5.
16. McKibbon K, Marks S. Searching for the best evidence. Part 1: where to look. *EBN Notebook. Evidence-Based Nursing* 1998a; 1(4):68-70.
17. McKibbon K, Marks S. Searching for the best evidence. Part 2: searching CINAHL and Medline. *EBN Notebook. Evidence-Based Nursing* 1998b; 1(4):105-7.
18. DFID Higher Education Links. Evaluation, expansion and strengthening of the nurse specialisation programs at the Nursing Faculty of the Federal University of Rio Grande do Norte, with introduction of nurse-midwife led unit into a poor community of Natal, Northeast Brazil. Natal (RN): UFRN/CA-PES/BRITISH COUNCIL;1999.
19. Davim RMB, Nascimento MLC, Liberalino FN. Maternidade segura: relato de experiência de uma nova prática em Natal, RN – Brasil. *Rev Bras Enfermagem* 1999;52(4):576-82.
20. Johanson R, Lucking L. Evidence-based medicine in obstetrics. *Int J Gynecol Obstet* 2001;72(2):179-85.