

Caderno de Protocolos Clínicos da Fhemig

Volume I
Primeira edição

Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais

Fhemig

Caderno de Protocolos Clínicos da Fhemig

*“Um projeto dentro da busca de melhoria
da qualidade de atenção à saúde”*

Editores

Dr. Francisco Carlos de Souza

Dr^a. Valda Maria Franqueira Mendonça

Dr. Guilherme Freire Garcia

Volume I

Primeira Edição

Belo Horizonte

2008

Ficha catalográfica

**F438 FHEMIG - FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS
Cadernos de protocolos clínicos/ Organizadores:
Francisco Carlos de Souza, Valda Maria Franqueira
Mendonça, Guilherme Freire Garcia . - Belo Horizonte:
FHEMIG, 2008.**

v.1; il.

**1. Protocolos clínicos 2. Diretrizes clínicas 3. Medicina
Baseada em Evidência 4. Linhas guias 5. Gestão da clínica.
I- Souza, Francisco Carlos de. II- Mendonça, Valda Maria
Franqueira. III- Garcia, Guilherme Freire**

ISBN 978-85-61907-00-6

Belo Horizonte - 2008

Direitos exclusivos para língua portuguesa

Copyright 2008 by FHEMIG

Alameda vereador Álvaro Celso, 100 - Bairro Santa Efigênia -
Belo Horizonte - Minas Gerais.

CEP: 30.150-260 - Fone: 0 (XX) 31 3239-9500 -

Fax: 0 (XX) 31 3239-9579

Site: www.fhemig.mg.gov.br - email: fhemig@fhemig.mg.gov.br.

Revisão prevista a cada 3 anos.

É permitida a divulgação, citação parcial e total deste trabalho para os fins a que se propõe desde que citada a fonte: Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais.

Governo do Estado de Minas Gerais

Aécio Neves da Cunha

Governador

Marcus Vinícius Caetano Pestana da Silva

Secretário de Estado da Saúde

Luís Márcio Araújo Ramos

Presidente da Fhemig

Alcy Moreira dos Santos Pereira

Diretor Hospitalar da Fhemig

Ricardo Luiz Barbosa Guimarães

Diretor de Planejamento, Gestão e Finanças da Fhemig

Josiano Gomes Chaves

Diretor de Desenvolvimento Estratégico e Pesquisa

Christiano Augusto Bicalho Canedo

Diretor de Ensino e Desenvolvimento de Pessoas

**Comissão de Protocolos Clínicos da Fhemig
(Fundadora)**

Dr. Francisco Carlos de Souza (coordenador)

Dr. José Tarcísio Portela

Dr^a. Valda Maria Franqueira Mendonça

Dr. Frederico José Amedée Peret

Dr^a. Maria do Socorro Alves Lemos

**Comissão de Protocolos Clínicos da Fhemig
(Atual)**

Dr. Francisco Carlos de Souza (coordenador)

Dr^a. Valda Maria Franqueira Mendonça

Dr. Guilherme Freire Garcia

Dr^a. Adriana Carla de Miranda Magalhães

Dr^a. Fátima Lúcia Guedes Silva

Farm^a. Tânia Azevedo Anacleto

Enf^a. Placidina Ferreira de Sousa

Enf^a. Elizabeth Canuta dos Santos

Unidades da Rede Fhemig por Complexos Hospitalares

- **Complexo urgências e emergências**
 - Hospital Infantil João Paulo II - HIJPII
 - Hospital João XXIII - HJXXIII
 - Hospital Galba Veloso Ortopédico - HGVO
 - Hospital Maria Amélia Lins - HMAL
 - Hospital Cristiano Machado - HCM

- **Complexo dos hospitais gerais**
 - Hospital Júlia Kubitscheck - HJK
 - Hospital Regional Antônio Dias - HRAD
 - Hospital Regional de Barbacena - HRB
 - Hospital Regional João Penido - HRJP

- **Complexo de especialidades**
 - Hospital Eduardo de Menezes - HEM
 - Maternidade Odete Valadares - MOV
 - Hospital Alberto Cavalcanti - HAC

- **Complexo de reabilitação e cuidado ao idoso**
 - Casa de Saúde Padre Damião - CSPD
 - Casa de Saúde Santa Fé - CSSF
 - Casa de Saúde Santa Isabel - CSSI
 - Casa de Saúde São Francisco de Assis - CSSFA

- **Complexo saúde mental**
 - Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena - CHPB
 - Centro Mineiro de Toxicomania - CMT
 - Centro Psíquico da Adolescência e Infância - CEPAI
 - Hospital Galba Veloso - HGV
 - Instituto Raul Soares - IRS

- **Complexo MG transplantes**

Prefácio

A Fala do Presidente

No escopo do desenho estratégico da Fundação Hospitalar de Minas Gerais - Fhemig, delineou-se como visão da Instituição “Constituir-se em modelo de excelência no país para promoção da assistência e qualificação hospitalar, tendo como foco: prestação de serviços com elevado padrão de qualidade, segurança e humanização; realização de pesquisas e formação de recursos humanos; participação na formulação e condução da Política de Gestão e qualificação hospitalar para o Sistema Único de Saúde; incorporação e difusão de modernas técnicas de gestão”.

Nas reflexões sobre o tópico gestão verificamos importantes avanços conceituais e de aplicação nas práticas administrativas. Buscamos constituir organogramas funcionais. Modernas práticas de logística são adotadas. Novos mecanismos voltados ao suprimento e custos implantados.

Outra linha vital de gestão é aquela que trata da clínica. Apesar de menos disseminada vem ganhando força e suas ferramentas começam de forma sistematizada a serem incorporadas.

Nesse sentido temos como importante estratégia a adoção de protocolos de condutas clínicas. A criação da Comissão de Protocolos, cuja atuação se dá em observância aos princípios da interação e participação, mostrou-se medida acertada e coerente com o melhor ordenamento do conhecimento e suas evidências.

Como primeiro resultado, apresentamos o Volume I, contendo vinte e três protocolos implantados ou já em monitoramento do seu uso, figurando-se como desafio maior o efetivo envolvimento de toda a comunidade assistencial na sua aplicação cotidiana e revisão sistemática. De igual importância é o compromisso que esta direção assume de instrumentalizar esta aplicação com dotação de estrutura material e humana. A garantia de infra-estrutura como equipamentos, tecnologias de informação e insumos, assim como recursos humanos é também um dos pilares do seu êxito.

Marca-se com esta edição um importante passo da Fundação na busca permanente da efetividade, segurança e qualidade na assistência prestada.

Luís Márcio Araújo Ramos

Presidente da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais

Apresentação

“Um Projeto dentro da melhoria da qualidade na atenção à Saúde”

Apresentamos o primeiro volume de Protocolos Clínicos da Fhemig baseados na sistematização do conhecimento atual sobre métodos diagnósticos e abordagens terapêuticas. Este projeto objetiva promover maior segurança e qualidade ao atendimento que prestamos. Mais do que uma normalização de condutas, pretende-se com este projeto facilitar a disseminação de boas práticas em todas as nossas unidades hospitalares, assegurando à população por nós assistida o acesso a condutas seguras e efetivas.

Gostaríamos, ao apresentar este projeto, de fazer uma reflexão sobre três pontos que lhe são fundamentais:

Primeiro, o entendimento da complexidade que caracteriza o momento epidemiológico atual dos adoecimentos e mortes. Complexidade formatada na múltipla causalidade dos eventos em saúde, na possibilidade de abordagens variadas, na velocidade e na pressão pela incorporação de novas tecnologias e nas inúmeras fontes de informação. Este cenário diversificado e ao mesmo tempo fértil aponta a necessidade de desenvolver protocolos que reflitam as evidências científicas para a orientação da prática clínica.

Segundo, dentro deste campo da complexidade se destaca como desafio contemporâneo o entendimento e aprimoramento das relações inter-subjetivas e suas singularidades. Para nós profissionais de saúde e cuidadores este tema é de grande interesse e relevância. Restabelecer relações dialógicas baseadas em valores como solidariedade, afetividade e respeito ao outro também fazem parte do processo de qualificação da atenção. No entanto o projeto de Protocolos Clínicos apesar de não pretender cobrir este espaço de relações, com certeza contribui para seu aprimoramento a partir do momento que torna mais transparente e ágil o processo de tomada de decisão.

Terceiro, compreendemos que os protocolos não são simples instrumentos de automação da prática clínica; o grau de objetividade e subjetividade que norteiam este processo são de longe mais complexos. No entanto a normalização de condutas é não só uma necessidade das instituições de saúde, mas um instrumento eficaz na qualificação dessa prática e um imperativo ético diante da diversidade de ofertas e alternativas de abordagens nem sempre qualificadas ou reconhecidas.

Este projeto significa um processo constante de modelagem e remodelagem de nossas condutas a luz das evidências científicas. Exige a construção e reconstrução de temas na velocidade que a realidade determina, sensibilização e capacitação de nossos profissionais para sua utilização e incorporação no cotidiano, além do monitoramento e da avaliação de seu impacto e resultado.

Firmamos o compromisso desta gestão com este projeto e com todos os outros que tenham como objetivo garantir a segurança de nossas ações e a qualidade de nossos serviços.

Dr. José Orleans da Costa

Diretor Assistencial da Fhemig no período de 10 de Setembro de 2004 a 20 de Março de 2007

Fala do Diretor Assistencial

Promover a melhoria contínua do nível da assistência é o objetivo primeiro da Diretoria Assistencial da Fhemig. No universo das estratégias utilizadas para esse fim, as ferramentas de gestão da clínica têm demonstrado forte poder de indução das boas práticas assistenciais.

A política institucional de incentivo ao desenvolvimento e implantação de Protocolos Clínicos nos hospitais da Fundação tem dado passos importantes no sentido de consolidar o modelo de organização dos processos assistenciais fundamentado nos melhores níveis de evidências para tomada de decisão pelas equipes.

Atallah refere em seu artigo *Medicina baseada em evidências. Uma nova maneira de ensinar e praticar a medicina. Rev Diag Trat 1996;1(2):8-10*: “utilizando-se da Medicina Baseada em Evidências não teremos a garantia de bons resultados, mas diminuem-se claramente as possibilidades de maus resultados, aumentando a eficiência profissional, com menor desperdício de recursos e energia do médico e do paciente.”

Para nortear este caminho existe o compromisso do corpo técnico-assistencial da Fundação em oferecer aos cidadãos procedimentos com elevado padrão de segurança, buscando integrar a experiência clínica às melhores evidências disponíveis.

A constituição formal das Comissões Locais de Protocolos Clínicos, bem como da Comissão Central, institucionaliza as ações necessárias para manter viva a proposta, seja pela revisão periódica dos protocolos publicados, seja pela implantação e publicação de novos números. Um caminho inequívoco que se abre de continuidade deste compromisso, que não é apenas com a ciência ou com as estatísticas de redução de danos, o que por si só o justificaria, mas particularmente, com o da promoção de uma medicina ética.

Novos desafios já despontam, pela necessidade notória de convocar as outras áreas afins como a enfermagem, a farmácia, a fisioterapia, a fonoaudiologia, a psicologia, a nutrologia, a odontologia, o que dará a dimensão transdisciplinar que a assistência requer.

O primeiro volume, que ora se apresenta, é fruto do árduo trabalho de várias mãos, inicialmente patrocinado pelo Dr. José Orleans da Costa, e desde então tendo à frente o Dr. Francisco Carlos de Souza como fiel depositário deste propósito na coordenação desta área na Diretoria Assistencial da Fhemig.

Alcy Moreira dos Santos Pereira
Diretor Assistencial da Fhemig

Autores e colaboradores do Volume I

Os autores e colaboradores deste volume estão citados na primeira folha de cada Protocolo. Em sua grande maioria, os autores são funcionários da Fhemig, e graças à sua excelência profissional, foi possível realizar este projeto. A Comissão Central de Protocolos Clínicos agradece o incansável trabalho desses profissionais, que vem engrandecer a instituição, e convida para a continuidade desta tarefa nos próximos volumes.

Agradecimentos

Agradecimento especial:

A Comissão de Protocolos expressa a gratidão pelo apoio diário de todos os assessores e supervisores da DIRASS.

Colegas:

Cláudio Pedrosa Assumpção

Dalze Lohner Maia

Solange Pimentel Bastos Pereira

Lívia Mara Ferreira

Maria Auxiliadora M. de Melo Vianna

Edna Moura de Carvalho

Ivan Lamac de Carvalho

Hessem Miranda Neiva

Ivana Cátia Moutinho Ramos

Tânia Anacleto Azevedo

Verônica de Fátima Ribeiro Macedo

Magda Pinheiro Franco

Leonardo de Assis Freitas Velloso

Elaine de Andrade Azevedo

Tiago Sávio Moreiras Possas

Carmem Sofia Fernandes dos Santos

Lucas Antônio Monteiro Castro Sobrinho

Agradecemos os serviços de suporte de secretaria:

Paula Kelly Moreira de Matos

Paulo César Evaristo Sotero

Edilaine Rocha Gouvêa Gomes

Maurício Campos Faria

Agradecimento especial à Assessoria de Comunicação da Fhemig e à Bibliotecária Denise Aparecida Teixeira da Diretoria de Ensino e Desenvolvimento de Pessoas

“A ‘Medicina Baseada em Evidências’ aponta um caminho que desafia dogmatismos, certezas e confortáveis unanimidades, sem chegar ao extremo de condenar práticas e pesquisas convencionais evidentes ou de cair em dúvidas paralisantes.”

José Paulo Drummond - UFRJ

“Working with gifted colleagues, first at McMaster and later in Oxford and throughout Europe, I became an expert in an old field with a new name: evidence based medicine”

.....

“Sackettisation,” defined as “the artificial linkage of a publication to the evidence based medicine movement in order to improve sales.”

.....

“Is redemption possible for the sins of expertness?”

Sackett DL, The sins of expertness and a proposal for redemption. BMJ 2000 May 6; 320 (7244): 1283

“Não se pode esquecer que a história é cruel com aqueles que pensam que ela é eterna. Porque ela não é eterna. Ela muda as faces, muda as exigências. E pode se converter num abismo e afogar aqueles que não perceberem que é momento de mudar de rumo”.

Florestan Fernandes - 1995

Compromisso Editorial

Em todos os casos sempre houve responsabilização de um ou mais profissionais na redação de cada texto. Entretanto todos os protocolos foram e deverão ser, enriquecidos com discussões conjuntas com os profissionais dos hospitais onde os protocolos foram e serão desenvolvidos. Estas discussões foram todas conduzidas pela comissão de protocolos buscando garantir a uniformização metodológica na construção, bem como a oportunidade de crítica interna de profissionais distintos. Além disso, esta publicação foi disponibilizada na *intranet*, para consulta, antes de ser divulgada.

Os autores assumem total responsabilidade pelo conteúdo técnico divulgado em cada texto e se comprometem com a citação desta obra em qualquer outro trabalho em que venham utilizá-la.

Sumário

1. Histórico	27
2. O projeto três anos depois	29
3. Introdução	31
4. Uma visão sobre a Medicina Baseada em Evidência (MBE)	33
5. Métodos e Materiais	35
Reconhecimento do universo/divulgação do projeto	
Envolvimento dos executores finais das unidades	
Definição e métodos de seleção dos temas e protocolos	
Validação interna dos Protocolos eleitos	
Orientação para grau de recomendação e nível de evidência	
6. Implantação e continuidade dos protocolos	37
7. Referências bibliográficas.....	39
8. Anexos	
Tabela I.....	40
Tabela II	41
Tabela III	42
9. Protocolos Clínicos - Volume I - www.fhemig.mg.gov.br	
Protocolo 001 - Abordagem do TCE Leve em Pronto Atendimento	45
Protocolo 002 - Abordagem do Trauma Abdominal em Pronto Atendimento	61
Protocolo 003 - Sepses Grave e Choque Séptico	71
Protocolo 004 - Pré-eclâmpsia	115
Protocolo 005 - Prematuridade.....	129
Protocolo 006 - Acompanhamento Ambulatorial do Paciente com HIV/AIDS	139
Protocolo 007 - Abordagem Ambulatorial das Hepatites Virais Agudas	147
Protocolo 008 - Convulsão em Recém-nascidos.....	159
Protocolo 009 - Intubação em Sequência Rápida em Pediatria	169
Protocolo 010 - Atendimento Terciário das Lesões Traumáticas do Quadril e Pelve.....	187
Protocolo 011 - Fratura Luxação do Carpo - HMAL.....	205
Protocolo 012 - Hepatites Virais Crônicas	215
Protocolo 013 - Feridas Hospitalares I - Prevenção	275
Protocolo 014 - Uroginecologia.....	293
Protocolo 015 - Manejo Hospitalar da Tuberculose	307
Protocolo 016 - Síndrome de Abstinência Alcoólica.....	325
Protocolo 017 - Apendicectomia	341
Protocolo 018 - Captação de Doadores de Tecidos Oculares para Transplante ..	351
Protocolo 019 - Tratamento Primário das Fraturas Expostas	369
Protocolo 020 - Gripe Aviária	387
Protocolo 021 - Asma na Infância	409
Protocolo 022 - Morte Encefálica	421
Protocolo 023 - Traumatismo Raquimedular	437

Histórico

Na página oficial da rede Fhemig - Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, na *web*, encontramos; “*A missão institucional da fundação é prestar assistência hospitalar de complexidade secundária e terciária, com importância estratégica regional e estadual, participando da formulação da política de gestão para hospitais integrados ao Sistema Único de Saúde (SUS) de Minas Gerais*”¹

Com 30 anos de existência esta é a maior rede de hospitais públicos da América do Sul. Com seus 21 hospitais, é a REFERÊNCIA HOSPITALAR PÚBLICA de Minas Gerais, além de ser o maior centro formador de pós-graduação de profissionais da saúde da América Latina. A fundação completou três décadas em atividade com uma nova visão administrativa, buscando o desenvolvimento de um Sistema de Gestão para maior eficiência administrativa de suas unidades.¹

A Diretoria Assistencial (DIRASS), uma das unidades administrativas da Fhemig, de acordo com o Decreto 43.676, de 4 de dezembro de 2003, tem dentre outras competências:

- Coordenar a padronização de medicamentos e insumos hospitalares e definir protocolos para a sua utilização;
- Definir protocolos de conduta para serem implantados nas unidades assistenciais, em suas diversas clínicas;
- Exercer, na sua área de competência, a coordenação das atividades realizadas pelas unidades.

Neste contexto foi criada a “Comissão Central de Protocolos Clínicos da Fhemig” (CCPC), para a elaboração, implantação e coordenação de protocolos de condutas clínicas, especificamente.

No primeiro semestre de 2005, esta comissão iniciou seus trabalhos com a elaboração de um projeto para a constituição dos protocolos com uma estratégia baseada na vivência clínica de seus profissionais internos, calcada em modelos e experiências de outras instituições nacionais e internacionais, além de literatura específica sobre diretrizes e Protocolos Clínicos^{2, 3, 4, 5, 6, 7}. Com os trabalhos desta comissão em pleno andamento, dois acontecimentos vieram confirmar que estávamos no caminho certo: a implantação de protocolos na rede de assistência primária da Secretaria Estadual de Saúde, e a publicação da portaria nº 816, de 31 de maio de 2005, do Ministério da Saúde, que constituiu o Comitê Gestor Nacional de Protocolos de Assistência, Diretrizes Terapêuticas e Incorporação Tecnológica em Saúde (CGN)⁸. Esta portaria considera a necessidade, entre outras, de definir critérios para a incorporação de “Protocolos Clínicos e Assistenciais” no Sistema Único de Saúde (SUS), mostrando a consonância da Fhemig, com as políticas de saúde estadual e nacional, dando assim mais fôlego ao nosso projeto.

Ratifica por fim a correção deste projeto, o lançamento do livro de Protocolos - Urgências e Emergências de grande instituição da saúde

complementar de BH, neste mês. Este último tem a participação, inclusive, de colaboradores do nosso projeto. Está sendo encaminhada na Fhemig, aguardando aprovação das direções superiores. Isto efetivado, contribuirá definitivamente para consolidação das boas práticas assistenciais na rede e para sua acreditação junto a organismos de acreditação nacional de instituições de saúde, tendência irreversível nos dias atuais.

O projeto três anos depois

No mesmo rumo do decreto 43.676/2003 - Fhemig, o decreto N.º 44.466 - Fhemig, de 16 de Fevereiro de 2007 determinou a padronização de medicamentos e insumos hospitalares e definiu a implantação de protocolos para a sua utilização, como duas das competências da DIRASS.

Três anos após o projeto dos Protocolos Clínicos, a idéia de avançar, no sentido de uma atenção de qualidade aos usuários dos SUS, encontrou ressonância nas direções das unidades e nos seus profissionais. Os protocolos foram surgindo e continuam se avolumando, criando novos desafios já previstos no projeto inicial: a implementação e o monitoramento das ações, bem como a atualização periódica do conteúdo científico dos protocolos.

Para abordar tal tarefa, definimos como implementação as estratégias de treinamento e sensibilização dos profissionais para a importância do uso dos protocolos, e a aquisição de recursos materiais e humanos para cumprimento dos passos de cada protocolo. Notou-se rapidamente que um protocolo é interdisciplinar, envolvendo desde a portaria até os mais altos níveis de complexidade das unidades e os seus profissionais. Durante reuniões de implementação pôde-se notar dificuldades e propor soluções para os diversos setores de um hospital, sendo esta uma oportunidade gerencial única de integração do grupo gestor com os profissionais da linha de frente. A resistência dos profissionais para aceitar mudanças no trabalho e o racionamento dos gastos com novas tecnologias são batalhas intrínsecas a este processo.

Para avaliar resultados é necessário medir, o que chamamos de monitorizar. Como não temos ainda este hábito, esta tarefa de aspecto impossível à primeira vista torna-se viável com a perspectiva de designação de pessoal específico para coletar e organizar dados e com a escolha de poucos protocolos (carros-chefe das unidades) para monitorização. Ainda há que avançar no processo de medir, desenvolvendo a indispensável ferramenta moderna de gerência que é a informatização plena da atenção e gerenciamento das unidades.

Por último, como garantir a perenidade do processo? É necessário manter uma cadeia de esforços, desde decisão gerencial, equipes de protocolos atualizadas, sensibilização para a cultura de se trabalhar com protocolos e apoio material e recursos humanos adequados para cada etapa do processo. Sobretudo, é necessário estar sempre atento ao caminhar da história para que ela não seja “cruel” conosco, nos dizeres de Florestan Fernandes, percebendo sempre com o pensar e repensar, fazer e refazer o *“momento de mudar de rumo”*.

Introdução

“Informação em saúde deve ser trabalhada no sentido de reforçar os direitos humanos, de contribuir para a eliminação da miséria e das desigualdades sociais e ao mesmo tempo subsidiar o processo decisório na área da saúde, em prol de uma atenção com efetividade, qualidade e respeito à singularidade de cada indivíduo e ao contexto de cada população”.

Ilara Hämmerli S. Moraes. In: *Política, tecnologia e informação em saúde*. Casa da Qualidade Editora - Salvador - Bahia - 2002.

A velocidade da informação evoluiu nas últimas décadas em ritmo estonteante, sendo a maioria inválida ou irrelevante para a prática clínica⁵. É vasta na literatura médica a informação sobre a elaboração, crítica e apologias de diretrizes terapêuticas^{2-7, 9}. A **Medicina Baseada em Evidência** (MBE) nasceu em meados dos anos 80 na Universidade McMaster, (Canadá), berço da Epidemiologia Clínica anglo-saxônica. Entretanto, pesquisa no Pub-Med, como base de dados de literatura médica com os termos “evidence based medicine”, sem limite inferior de data, só mostra dados a partir do ano de 1992. Até julho de 2005 encontram-se 18.133 referências e 19.070, até 15 de outubro do mesmo ano, ou seja, 9,5 publicações sobre o assunto por dia, nos últimos 3 meses do primeiro semestre de 2005. Nos últimos dois anos os mesmos verbetes, na mesma fonte mostram 27.989, ou seja, ritmo de crescimento ainda maior de 12,22 publicações por dia. A maioria destas, 93,2%, nos últimos nove anos. A maioria destas, 89,9%, nos últimos sete anos. Com esta verdadeira avalanche de informação sobre um corpo atuante onde muitos médicos foram formados bem antes da marcante presença da MBE na prática médica, faz-se necessária uma sistematização e muito mais, uma leitura crítica sobre o seu papel nesta prática. Assim procurou-se um olhar tanto crítico quanto possível, buscando-se extrair da MBE o máximo de sua contribuição para os propósitos destas diretrizes, sem cair naquilo que Vasconcelos Silva em seu estudo “Proliferação das rupturas paradigmáticas” chama de fundamentalismo, *status* de normatividade (prescritiva ou proscritiva), que por vezes perde seu senso crítico.⁹

Uma visão sobre a MBE

Ao se considerar as publicações científicas e classificá-las segundo os modelos que se utilizou como metodologia para confeccionar e avaliar os protocolos, procurou-se desde o primeiro momento uma visão aberta da hoje popularizada MBE Rosemberg, define a MBE como “processo de descobrir sistematicamente, avaliar e usar achados de investigações como base para decisões clínicas”.⁵ Vasconcellos, Silva atribui a Drummond (in: Medicina baseada em evidências. São Paulo: Atheneu; 1998) a afirmativa de que a MBE se apóia em tripé formado pela epidemiologia clínica, pela bioestatística e pela informática médica. Aquele autor define a MBE como “transição paradigmática originada de imperativos de ordem econômica e cognitiva sobre uma medicina baseada em observações não sistematizadas. A experiência clínica pessoal, imposta de forma arbitrária, empobreceria a produção de certezas e a eficácia terapêutica. A MBE se instalaria assim como mediadora essencial no processo de “tomada de decisões clínicas” que atende às premissas da ética dos objetos, o que é tacitamente admitido como a melhor maneira de praticar a medicina.”

Vista assim, passa uma ótica positivista onde o conhecimento seria um aglutinado de estudos como um bloco de um novo paradigma ampliado, totalizante e imparcial. Tentar responder a pergunta de Vasconcelos, Silva: **A melhor evidência é equivalente ao melhor cuidado?**, poderá aguçar a nossa capacidade crítica.

Se considerarmos o contexto que Drummond justifica a MBE: 1) custos cada vez mais elevados; 2) métodos pedagógicos obsoletos e 3) extensão e heterogeneidade da produção científica, assumimos valores econômico-cognitivos para responder que a melhor maneira de praticar a medicina é aquela com decisões corretas, eficiência e redução de custos. Se a premissa econômica se agiganta, os pacientes passam a ser tratados como “consumidores” ou “orçamento” no caso da iniciativa pública.

Não é confortável opor-se a evidências que, com os poucos recursos existentes, nos trazem economia e efetividade por um lado. Não cabe também a crítica sectária ou imobilista mediante o estabelecido, tradicional, construído na observação, opinião e experiência pessoal, por outro lado. Entretanto quando esses valores econômico-cognitivos são impostos incondicionalmente sobre qualquer outro, a crítica sensata pode nos aproximar da lucidez.

O uso cego, religioso da MBE no contexto em que Drummond a justifica, pode levar a distorções. O grande, se não o maior, exemplo disto foi a renúncia pública de Sackett, idealizador e um dos mais árdios de-

ensores da MBE desde MacMaster e depois por todo o mundo, ao título de autoridade no assunto “devido às críticas de sackettização de publicações para aumentar venda”¹⁰. Estes interesses só serão percebidos por nós na prática diária com o exercício da crítica equilibrada.

É valioso observar que a própria sistematização de ensaios clínicos randomizados (ECR) pode virar uma mera compilação de informações para totalizar e potencializar uma grande verdade acrítica de reafirmação de valores técnicos. As críticas de que a MBE não atende a todos os aspectos e demandas individuais, a recursos limitados e contingências específicas e involui ao nível de receita de bolo, podem parecer contra-fundamentalista e não tão grave como a crítica que Silva chama de atrofia do discernimento profissional e da razão prática dadas as circunstâncias extra-clínicas de difícil parametrização.⁹

Se a resposta sobre a melhor maneira para a prática assistencial se baseia no resumo das relações entre sujeitos (profissionais) e suas técnicas (econômico-cognitivos), somente os objetos parametrizáveis serão considerados. A abordagem apenas por métodos de registro do observável exclui a subjetividade, o intangível pelos profissionais e suas técnicas (econômico-cognitivo, pilar da MBE), podendo trazer confusão ao seu conhecimento e sua técnica.

Deve-se, sem dúvida, investir no desenvolvimento de técnicas e no sujeito (profissional), mas não tirar a perspectiva do que é o fundamental na atividade assistencial médica, ou seja, a relação sujeito-sujeito buscando, talvez com os velhos paradigmas, mensurar o produto desta relação que não é parametrizável pela MBE

*Dr. Francisco Carlos de Souza
Dr^a. Valda Maria Franqueira Mendonça*

Métodos e Materiais

Na ausência de prática com um modelo metodológico para construção de protocolos clínicos, pensou-se em definir com clareza os objetivos, princípios norteadores, formato e estratégias para a construção dos protocolos clínicos. Uma das estratégias de elaboração foi a mobilização de todos os hospitais para se envolverem na construção dos protocolos, visto que, na visão da coordenação e de experiências internacionais, há uma baixa adesão à prática dos protocolos sem o envolvimento daqueles que finalmente o executam. Divulgação e discussões amplas sobre a necessidade de protocolos onde a Medicina Baseada em Evidência (MBE) se coloca como paradigma da atual prática médica, foram o foco desta fase do projeto.

■ **Envolvimento dos executores finais das unidades**

Com os princípios de considerar a prevalência, diversidade de conduta, custos e impactos na população foi solicitado o levantamento dos temas e a elaboração em cada hospital dos protocolos julgados mais importantes por eles.

Devido ao tamanho e visibilidade da demanda, à complexidade, papel estratégico, e custos especiais de alguns hospitais, estes foram visitados (inicialmente) para reforçar a solicitação de envio de protocolos, feita a todos anteriormente, conforme os prazos do projeto.

■ **Definição e métodos de seleção dos temas e protocolos**

Para a definição dos protocolos que teriam prioridade na implantação, foi elaborada uma grade de critérios para seleção (tabela I - apêndice) que resultou em uma classificação (tabela II - apêndice). Esta, à semelhança do AGREE⁹, do qual foi adaptado, considerou o resultado mais para avaliação qualitativa que quantitativa. Com a mesma base de informações foi também elaborada uma classificação adaptada do “Oxford Centre for Evidence-based Medicine Levels of Evidence (May 2001)”⁴ à semelhança da adaptação feita pelo Projeto Diretrizes da AMB/CFM² para grau de recomendação e nível de evidência (tabela III - apêndice), seguindo a tendência atual de se pautar protocolos/diretrizes/“guidelines” pela MBE

Para a elaboração dos critérios de seleção, foram pesquisados na Medline no período de 1992 a julho de 2005 estudos existentes sobre as diversas orientações para elaboração de diretrizes clínicas^{2-5, 7} e para avaliação qualitativa de protocolos⁹. Os resultados deste estudo, associados aos princípios anteriormente citados, resultaram na grade de seleção da tabela I. Definiu-se que seriam elaborados e implantados inicialmente os que obtiveram maior pontuação e/ou temas que a CCPC (Comissão Central de Protocolos Clínicos) julgasse prioritários. Os protocolos com temas iguais e afins foram compilados pelos elaboradores em um único material.

■ **Orientação para grau de recomendação e nível de evidência**

Para elaboração de diretrizes encontra-se na *web* vasta literatura²⁻⁷. Evidenciam-se entre elas pequenas variações metodológicas. Buscou-se neste trabalho nortear por alguns princípios como: protocolos que se pautem por Exeqüibilidade - atingir a atividade fim da Fundação, ou seja, *todo o cliente do SUS*, na assistência hospitalar e especializada bem como o profissional de saúde, *o executor desta ação*; Universalidade - seguir uma orientação matricial, guardada a realidade das unidades e particularidades do tema; Objetividade - texto prático e objetivo com fluxograma e fácil acesso, virtual e físico, onde toda fundamentação e comunicação teórica fundamental sejam facilmente transmitidas aos executores. Base de evidência científica - além de citar referências bibliográficas, procurou-se também indicar o grau de recomendação e o nível de evidência científica, conforme o modelo, objetivando ressaltar a consistência da informação e objetividade na utilização do protocolo. A base principal para orientação aos elaboradores na estratificação do grau de recomendação e evidência, foi o “Oxford Center for Evidence-based medicine”

■ **Validação interna dos Protocolos eleitos.**

Recomendamos que a validação interna de um protocolo clínico se fizesse desde o momento da sua elaboração pelo corpo clínico, sugerindo-se reunião sobre o tema que fosse amplamente divulgado na unidade e com a participação de todos os profissionais envolvidos na sua utilização final. Estes momentos possibilitam esclarecer dúvidas, definir fluxogramas, rever processos de trabalho, envolver e estimular o trabalho em equipe, garantindo assim sua incorporação pelo grupo. Muitos hospitais, particularmente aqueles com residência médica, têm reuniões ampliadas com definições de protocolos já validados pela sua prática há alguns anos. Contudo estes protocolos não estão sistematizados com elementos que permitam sua avaliação por instrumentos internacionais consagrados. O papel chave da CCPC é justamente orientar esta sistematização. Algumas clínicas referendaram em reuniões os seus protocolos especificamente para esta publicação, como fora sugerido a todas.

Implantação e Continuidade dos Protocolos

Um indicador pode ser um fato, um número absoluto, um índice, uma taxa ou coeficiente e medem aspectos quantitativos e/ou qualitativos relacionados à estrutura, processos ou resultados.

Eles sinalizam e nos direcionam para assuntos específicos da organização e devem ser reavaliados periodicamente.

Na gestão pela qualidade total, indicadores são denominados itens de controle e possibilitam medir a qualidade e a quantidade dos serviços, sendo portanto imprescindíveis no planejamento, organização, coordenação e avaliação da atenção à saúde.

Protocolos clínicos com itens de controle definidos possibilitarão informações seguras à gestão da Fundação para suporte material e de recursos humanos qualificados assegurando, assim, sua continuidade.

Contudo, definir métodos, periodicidade de avaliação e, sobretudo, assegurar o envolvimento do profissional em todo o processo de trabalho com os protocolos, desde a sua fase inicial, é sua maior garantia de continuidade.

Entendemos que a pactuação com a Diretoria Assistencial em cada unidade hospitalar, a partir desse processo, criando as Comissões Locais de Protocolos Clínicos (CLPCs), a exemplo da existente no Hospital Infantil João Paulo II (HIJPII) e associado aos Núcleos de Ensino e Pesquisa (NEPs), seja a tradução orgânica desta continuidade dentro de cada Unidade. Esta estrutura determinará os instrumentos para acompanhar a gestão material, RH e, particularmente, a alimentação do SIGH - Sistema de Gestão Hospitalar. Esse programa deve gerar, em cada prontuário, o número do protocolo a que está ligado cada paciente a partir do diagnóstico principal, secundário e/ou de alta. Isso vai gerar um banco de dados com imenso potencial de utilização. O acompanhamento das CLPCs pelas diretorias, incentivando os profissionais, inclusive com investimento na qualificação, será a pedra angular desse processo ora em construção.

Após três anos, concluímos e ampliamos a implantação efetiva dos Protocolos Clínicos. Anos que significaram todo um processo de participação, envolvimento, investimento financeiro e decisões, onde se aprendeu a conhecer melhor a realidade da nossa Instituição, as nossas possibilidades e a conquistar um contínuo espaço de criatividade.

Alguns Protocolos Clínicos já se constituem novas práticas nas nossas Unidades, a exemplo do processo de implantação do *“acolhimento com classificação de risco”* nas portas de urgência.

Estamos fazendo agora a primeira edição do *“Caderno”*, embora, desde maio de 2006 houvésemos colocado nossos primeiros protocolos

na *web*, divulgando para o mundo a experiência por nós construída. Experiência essa que se espera possibilitar uma relação dialógica com as demais experiências e construções existentes.

Nesse contínuo “*fazer e refazer*”, sempre em outro patamar, aceitamos o desafio em se ganhar mais profissionais para a prática baseada em evidências, gestão do cuidado e produção de outros protocolos tendo, sempre, o compromisso com a segurança e qualidade no atendimento prestado.

Comissão de Protocolos Clínicos da Fhemig - Junho de 2008.

Referências Bibliográficas

1. Fhemig. [acesso em: 2005 jul 27]. Disponível em: <http://www.fhemig.mg.gov.br/>
2. Jatene FB, Cutait R, Introdução. In: Jatene FB, Cutait R, editors. Projeto Diretrizes. 1ª ed. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal. de Medicina. 2005: vii-xii.
3. Mendes EV, Shimazaki ME. Oficina: A gestão da clínica nos sistemas de se serviços de saúde. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte; 2005.
4. Clearinghouse.[acesso em 2004 jun 25]. Disponível em: http://www.cebm.net/levels_of_evidence.asp
5. Rosemberg W. Evidence based medicine: an approach to clinical problem-solving BMJ. 1995 Apr; 310: 1122-6.
6. The AGREE Collaboration. Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE) Instrument. [acesso em 2004 dez 12]. Disponível em: <http://www.agreecollaboration.org>
7. Manual e instruções para elaboração, distribuição e implementação prática das normas de orientação clínica. Ministério da Saúde de Portugal. [acesso em 2004 feb 12]. Disponível em: <http://www.iqs.pt/noc's.htm>
8. Ministério da Saúde. Portaria n° 816, 31 de maio de 2005. Diário Oficial da União n° 104. 2005 jun 2; seção 1: 63.
9. Vasconcellos-Silva PR, Castiel LD. Proliferação das rupturas paradigmáticas: o caso da medicina baseada em evidências. Rev Saude Publica. 2005; 39 (3): 498-506.
10. Sackett DL. The sins of expertness and a proposal for redemption. BMJ. 2000; 320:1283.

TABELA I

Quadro para pontuação dos protocolos sugeridos pelas unidades			
Nome protocolo:			
Hospital:			
Avaliador:		1 2 3 4	
Quesito de avaliação	Pontuação:		
	mínima	máxima	pontuação (1 a 4)
Prevalência	1	4	
Construção do processo	1	4	
Impacto	1	4	
Não alteração na estrutura	1	4	
Indicadores	1	4	
Objetividade clinica	1	4	
MBE	1	4	
Conflito ético	1	4	
Validação interna	1	4	
Validação externa	1	4	
Custos	1	4	
TOTAL	11	44	11 a 44
Cálculo % = soma (4ª coluna-2ªcoluna/3ªcoluna-2ªcoluna)			Semelhante ao "AGREE"
Percentual do Avaliador 1	1		
Percentual do Avaliador 2	2		
Percentual do Avaliador 3	3		
Percentual do Avaliador 4	4		
AVALIAÇÃO PERCENTUAL FINAL		média avaliadores 1,2,3 e 4	

TABELA II

TABELA II - Notação Final Protocolos selecionados									
HOSPITAL / TEMAS / ordem alfabética	Av. 1	Av. 2	Av. 3	Av. 4	Pont. / Min.	Pont. / Máx.	Pont. / Med	Classificação / pontuação	HOSPITAL / TEMAS / pontuação alcançada
Abscesso Cervical + Corpo Est-digestivo Alto	23	11	24	24	44	176	20,5	ñ avaliado	Implantação material cirúrgico
ACOLHIMENTO - CLASSIF./RISCO	31	32	35	36	44	176	33,5	ñ avaliado	Uso de antimicrobianos
Acompanhamento Amb H. Viral aguda	36	33	35	36	44	176	35	ñ avaliado	Auditoria para Antimicrobianos
AIDS; Acompanhamento ambulatorial.	38	30	36	37	44	176	35,25	ñ avaliado	Complementação terapêutica
AIDS; Principais indicações internação	27	11	33	25	44	176	24	ñ avaliado	Oxigenoterapia domiciliar prolongada
ATB; prevenção B.M. Resistente	35	25	33	37	44	176	32,5	ñ avaliado	Anti-sepsia equipe cirúrgica
Anti-sepsia equipe cirúrgica					44	176	ñ avaliado	20,50	Abscesso Cervical + Corpo Est. digestivo. alto
Apendicectomia	28	27	34	29	44	176	29,5	20,75	Epistaxe
Asma brônquica	34	26	31	34	44	176	31,25	21,25	Corpos estranhos via D Alta
AVC - fase aguda	25	11	35	31	44	176	25,5	23,50	TRAQUEOSTOMIAS
Calazar/Calazar grave	38	24	28	34	44	176	31	23,50	Trauma ocular aberto
Cetoac. diabética, adulto-criança-gestante	27	26	31	28	44	176	28	23,75	Trauma cervical. Abordagem inicial
Cirurgias do quadril	30	26	34	37	44	176	31,75	24,00	AIDS; Principais indicações internação
Colecistectomia VL	27	24	31	33	44	176	28,75	24,00	Trauma abd. fechado/penetrante (abd)
Controle glicêmico no paciente crítico	25	24	26	28	44	176	26,5	24,00	Trauma ocular não aberto
Corpos estranhos via D Alta	23	11	27	24	44	176	21,25	25,00	DPOC - descompensação
Convulsões no Recém Nascido.	32	25	35	33	44	176	31,25	25,50	AVC - fase aguda
D Muscular vent. Mecânica domicílio	32	27	32	26	44	176	29,25	25,50	PNM comunitária
DPOC - descompensação	25	11	35	29	44	176	25	26,25	Tratamento cirúrgico do refluxo GE
Epistaxe	23	11	25	24	44	176	20,75	26,50	Controle Glicêmico no paciente crítico
Estado de Mal Epiléptico	34	27	27	30	44	176	29,5	26,75	ITU complicada
FIBROSE CÍSTICA	30	29	32	34	44	176	31,25	27,00	S. coronarianas agudas; 1° atendimento
Fratura/luxação do carpo	32	28	36	37	44	176	33,25	27,50	Hérnias de parede abdominal
Hérnias de parede abdominal	29	25	27	29	44	176	27,5	27,75	TCE
Hipertensão intracraniana	34	26	29	28	44	176	29,25	28,00	Tt cirúrgico Ca gástrico
ITU complicada	23	20	35	29	44	176	26,75	28,67	Cetoac. diabética, adulto-criança-gestante
Implantação material cirúrgico					44	176	ñ avaliado	28,75	Colecistectomia VL
Meningite bacteriana na infância	28	21	36	30	44	176	28,75	28,75	Meningite bacteriana na infância
Uso de antimicrobianos							ñ avaliado	29,25	D Muscular vent.Mecânica domicílio,
Auditoria para Antimicrobianos					44	176	ñ avaliado	29,25	Hipertensão intracraniana
PNM grave na criança	35	23	29	31	44	176	29,5	29,25	SARA no CTI; tratamento
PNM comunitária	25	11	37	29	44	176	25,5	29,50	Apendicectomia
Pré-eclâmpsia	40	30	32	34	44	176	34	29,50	Estado de Mal Epiléptico
SARA no CTI; tratamento	31	26	30	30	44	176	29,25	29,50	PNM grave na criança
Sepse: abordagem às 6h e 24h	37	24	34	28	44	176	30,75	30,75	Sepse: abordagem às 6h e 24h
S. coronarianas agudas; 1° atendimento	33	18	30	27	44	176	27	31,00	Calazar / Calazar grave
TCE	26	11	33	40	44	176	27,5	31,25	Asma brônquica
Trabalho de parto prematuridade	40	29	34	35	44	176	34,5	31,25	Convulsões no Recém Nascido.
Trauma cervical. Abordagem inicial	27	11	30	27	44	176	23,75	31,25	FIBROSE CÍSTICA
TRM TT° TERCIÁRIO	32	31	35	39	44	176	34,25	31,75	Cirurgias do quadril
TRAQUEOSTOMIAS	23	11	33	27	44	176	23,5	32,50	ATB; prevenção B.M. Resistente
Tt cirúrgico Ca gástrico	29	23	28	32	44	176	28	33,25	Fratura/luxação do carpo
Tratamento cirúrgico do refluxo GE	29	21	23	32	44	176	26,25	33,25	Uroginecologia
Trauma abd. Fechado/penetrante (abd)	29	11	32	24	44	176	24	33,50	ACOLHIMENTO-CLASSIF./RISCO
Trauma ocular aberto	24	14	25	31	44	176	23,5	34,00	Pré-eclâmpsia
Trauma ocular não aberto	27	14	27	28	44	176	24	34,25	TRM TT° TERCIARIO
Uroginecologia	40	28	32	33	44	176	33,25	34,50	Trabalho de parto prematuridade
Complementação terapêutica					44	176	ñ avaliado	35,00	Acompanhamento Amb H. Viral aguda
Oxigenoterapia domiciliar prolongada					44	176	ñ avaliado	35,25	AIDS; Acompanhamento ambulatorial

TABELA III

Grau de Recomendação e Nível de Evidência		
Estudos Terapêuticos e Preventivos		Estudos Diagnósticos
A	01 Revisão sistemática de ensaios controlados aleatorizados 02 Ensaio controlado e aleatorizado de IC* pequeno	01 Revisão sistemática de estudos melhor desenhados 02 Padrão ouro + observação cega + seleção adequada 03 Alta sensibilidade e/ou alta especificidade
B	03 Outros ensaios de intervenção com resultados “all or none” 04 Revisão sistemática de estudos de coorte 05 Estudo de coorte 06 Estudo de coorte de cuidados médicos recebidos “outcomes research” 07 Revisão sistemática de estudos caso-controle 08 Estudo caso-controle	04 Revisão sistemática de estudos pior desenhados 05 Padrão ouro + observação cega ou seleção adequada 06 - 07 -
C	09 Série de casos ou opinião de especialistas	08 Observação cega + seleção adequada sem padrão ouro 09 Padrão ouro ou observação cega ou seleção adequada
D	10 Consenso ou opinião de especialistas	10 Consenso ou opinião de especialistas
*Intervalo de Confiança		

Adaptado de Projeto Diretrizes AMB-CFM

