

## Editorial

# Protocolos Clínicos: da teoria à prática clínica

*Clinical Protocols: from theory to clinical practice*

Fernando Cruz 

Coordenação Científica, Unimed Recife, Recife, Pernambuco, Brasil



fernandojbcruz@gmail.com

Este artigo foi editado por:  
Marcelo Moraes Valença  
Juliana Ramos de Andrade

A implantação de protocolos na assistência hospitalar foi um tema constante e repetitivo nos congressos e jornadas que tratam da gestão clínica, pelo menos nos últimos vinte anos. Nunca é demais ressaltar a sua importância. O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Atenção a Saúde, e Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos, em parceria com o Hospital Alemão Oswaldo Cruz, lançou, em 2010, o segundo volume de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.<sup>1</sup> A Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde publicou um Guia de elaboração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas como orientação para esse propósito.<sup>2</sup>

A Unimed Recife, após elaboração de um regimento aprovado pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de Pernambuco (Cremepe) e seu Conselho de Administração, em 2008, publicou um manual de Diretrizes Clínicas em que priorizou procedimentos de alta complexidade e de alto custo prevalentes nos seus recursos próprios. O modelo adotado consistia na elaboração de uma proposta obedecendo regras adotadas internacionalmente considerando a Medicina Baseada em Evidências (MBE), com o suporte do “Projeto Diretrizes” da Associação Médica Brasileira (AMB), Conselho Federal de Medicina (CFM) do Brasil e Agência Nacional de Saúde (ANS), e participação de um grupo de especialistas. Em seguida era programado uma reunião clínica com todos os médicos da especialidade respectiva, quando a proposta seria apresentada, debatida por todos, eventualmente modificada e finalmente aprovada.

A diretriz aprovada passaria a ser adotada pela auditoria médica e, no caso de liberação de procedimento diferente do aprovado, exigiria uma justificativa do médico solicitante. Esse critério foi adotado e serviu de base para a elaboração dos Protocolos Clínicos, exigidos pelo Ministério da Saúde e pelas agências acreditadoras.

Como disse um dos conferencistas em uma mesa redonda que tratou do tema ao longo deste período: “precisamos passar das discussões e belas apresentações nos congressos, para a sua aplicação à beira leito”. Este é o desafio que teve início com a inauguração de nossa primeira unidade sem papel, o Hospital Unimed Recife III.

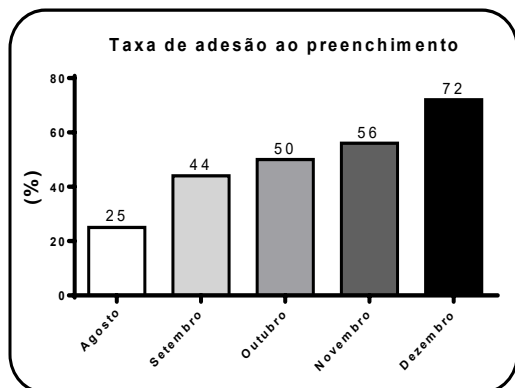
Recebido: 8 de fevereiro 2021  
Aceito: 14 de fevereiro 2021  
Publicado: 28 de março 2021

## Qual a diferença que exerce um prontuário eletrônico na implantação de protocolos clínicos?

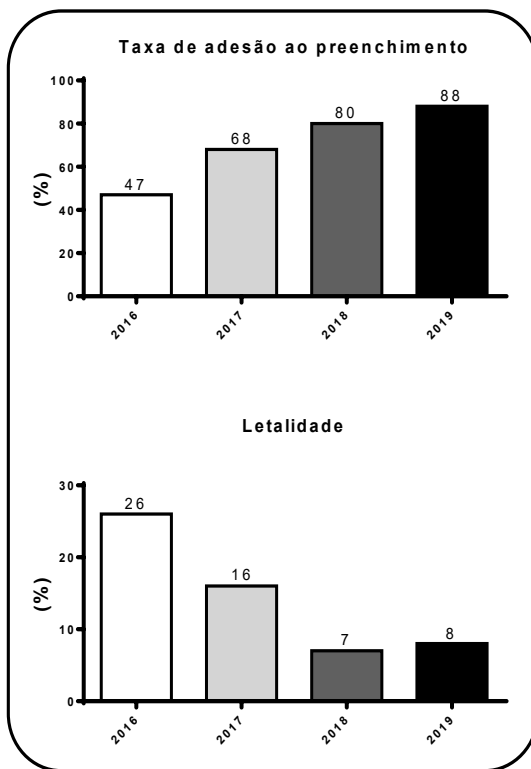
Entre outros benefícios, salientamos a disponibilidade, no prontuário do paciente que o médico está acessando naquele momento, das seguintes informações: protocolo de consulta, protocolos gerenciados e protocolos automatizados; alertas e bloqueios com orientação sobre o passo a passo a seguir em determinados diagnósticos e situações clínicas.

O prontuário eletrônico do paciente (PEP) alerta o médico assistente sobre a conduta que poderá seguir em situações como nos exemplos da prevenção de tromboembolismo venoso (TEV) e suspeita de sepse baseado no Q-SOFA (*Quick Sequential Organ Failure Assesment*).<sup>2, 3</sup>

Outro ponto importante foi o fato que a utilização de um “modelo de pagamento por performance”<sup>4-6</sup> aumentou significativamente a adesão, como ficou claro nos resultados clínicos alcançados. Na Figura 1 pode ser observada uma elevação significativa, em apenas quatro meses (agosto a dezembro de 2016), de 25% para 72% na taxa de adesão ao protocolo clínico de sepse. Isso resultou em um aumento no número de pacientes que receberam antibioticoterapia na primeira hora do atendimento na Unidade de Emergência (de 47% dos pacientes em 2016 para 88% em 2019), resultando em diminuição da letalidade de 26% em 2016, para 7% em 2018 (Figura 2).



**Figura 1.** Aumento da taxa de adesão dos médicos assistentes aos protocolos clínicos da Unimed Recife a partir de agosto com o início do pagamento por performance.



**Figura 2.** Repercussão da efetivação de um protocolo clínico no ano de 2016 relacionado com sepse e início da antibioticoterapia (painel superior) e na letalidade (painel inferior).

Atualmente, na Unimed Recife, além dos protocolos obrigatórios (i.e., acidente vascular cerebral, sepse, dor torácica, pneumonia adquirida na comunidade e insuficiência cardíaca congestiva) temos mais de 10 outros protocolos a disposição do nosso corpo clínico.

A escolha do tema “Protocolo Clínico” para o primeiro número da revista “Avanços em Medicina” é uma demonstração da importância dos protocolos e do reflexo na qualidade assistencial de nossos pacientes.

Fernando Cruz

<https://orcid.org/0000-0002-6152-6888>

**Conflito de interesses:** Coordenação Científica da Unimed Recife.

**Financiamento:** O autor não recebeu financiamento específico para este trabalho.

## Referências

1. Ministério da Saúde. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. In. São Leopoldo, RS: Gráfica Editora Pallotti; 2010, pp. 607.
2. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Guia de elaboração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas: delimitação do escopo [recurso eletrônico]/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 28 p.
3. Sethi S, Iqbal M, Sabeen A, Sabir S, Almas A. Association of critical illness scores (q-SOFA and APACHE) and multimorbidity in patients admitted to internal medicine step down units. *Clin Med (Lond)*. 2020;20:s47-s48.
4. Siddiqui S, Chua M, Kumaresh V, Choo R. A comparison of pre ICU admission SIRS, EWS and q SOFA scores for predicting mortality and length of stay in ICU. *J Crit Care*. 2017;41:191-193.
5. Figueroa JF, Wadhwa RK, Frakt AB, et al. Quality of Care and Outcomes Among Medicare Advantage vs Fee-for-Service Medicare Patients Hospitalized With Heart Failure. *JAMA Cardiol*. 2020.
6. Gusmano MK, Laugesen M, Rodwin VG, Brown LD. Getting The Price Right: How Some Countries Control Spending In A Fee-For-Service System. *Health Aff (Millwood)*. 2020;39:1867-1874.
7. Miller-Breslow AJ, Raizman NM. Physician Reimbursement: Fee-for-Service, Accountable Care, and the Future of Bundled Payments. *Hand Clin*. 2020;36:189-195.