

Protocolos Clínicos embasados em evidências: a experiência do Grupo Hospitalar Conceição

Evidence based clinical practice guidelines: the Grupo Hospitalar Conceição experience

SINOPSE

Objetivo: Descrever a metodologia que vem sendo empregada no GHC para o desenvolvimento de protocolos clínicos e de enfermagem, proporcionando um modelo que possa ser útil aos profissionais de saúde ao elaborarem protocolos embasados em evidências.

Método: O processo de elaboração de protocolos clínicos e de enfermagem no GHC iniciou com o estabelecimento das diretrizes para elaboração e implementação de protocolos pela equipe técnica da GEP. Através dos critérios epidemiológicos de magnitude, transcendência e vulnerabilidade, obteve-se uma lista de assuntos prioritários para iniciar os trabalhos. Os autores de protocolos no GHC são os profissionais dos próprios Centros de Resultados. Eles estão sendo preparados para elaborarem protocolos de acordo com a padronização proposta pela GEP mediante cursos de capacitação. A GEP disponibiliza infra-estrutura e recursos humanos de apoio logístico para os autores.

Resultado: Vários protocolos já foram elaborados, validados, homologados e estão sendo aplicados no GHC. Este artigo é, também, um dos resultados dos esforços da Comissão Técnica de Validação de Protocolos da GEP, bem como da experiência prática na orientação aos autores de protocolos no GHC. Além disso, a Prefeitura Municipal de Porto Alegre estabeleceu uma relação convencional com a GEP do GHC para capacitar um grupo de profissionais responsáveis pela elaboração de protocolos para a rede municipal de saúde. Os resultados dessa atividade já estão repercutindo através das primeiras reuniões de treinamento para implementação dos protocolos da Prefeitura.

Conclusão: Este artigo apresenta a sistemática que estamos empregando no GHC para a elaboração de protocolos clínicos e de enfermagem embasados em evidências.

UNITERMOS: Protocolos Clínicos, Diretrizes para a Prática Clínica, Algoritmos.

ABSTRACT

Objective: Describe the methodology that has been used in the GHC to the development of the clinical and nursing protocols, proposing a model that can be useful to health professionals during the protocols development that has been based on evidence.

Method: the elaboration of clinical and nursing protocols at GHC has begun with the establishment of the guidelines for elaboration and implementation of protocols by the research and teaching team (GEP). Through the criteria of magnitude, frequency and vulnerability it was possible to identify the priorities for the institution. The authors of protocols at GHC are professionals who have been elaborating protocols in accordance with the standardization proposal by GEP as a means of continued education.

Result: some protocols have already been elaborated, and have been applied at GHC. This article shows the practical experience in order to develop the protocols at GHC. Moreover, the municipal health secretariat of Porto Alegre has established a contract with GEP of GHC to enable a group of professionals in charge for the elaboration of protocols to the health municipal network. The results of this activity already have been echoed through the first meetings of training for implementation of the protocols for the primary health care.

Conclusion: This Article Presents a Review on How to Develop Protocols that Have Been Used at GHC.

KEY WORDS: Clinical Protocols, Clinical Practice Guidelines, Algorithms.

SAMIR SCHNEID – Médico clínico, mestrando do Programa de Pós-Graduação em Cardiologia da UFRGS.

AIRTON STEIN – Coordenador de ensino da Gerência de Ensino e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição, professor titular de Medicina Preventiva da FFFCMPA, professor da pós-graduação de Saúde Coletiva da ULBRA.

CHARLY GENRO CAMARGO – Consultor científico da Gerência de Ensino e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (2002), mestre em Cirurgia, doutorando em Cirurgia Geral pela FFFCMPA.

JORGE ALBERTO BUCHABQUI – Médico, Gerência de Ensino e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (2002), professor adjunto da Faculdade de Medicina da UFRGS.

SÉRGIO SIRENA – Médico, Gerência de Ensino e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (2002). Doutor em Geriatria.

ALEXANDRE MORETTO – Coordenador de pesquisa da Gerência de Ensino e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição, professor da Faculdade de Medicina da PUCRS.

MANUEL LUIZ MORALES VARELA – Médico, Gerência de Ensino e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (2002).

HELENA BRAGA – Médica, Gerência de Ensino e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (2002).

IZABEL MERLO – Bibliotecária da Gerência de Ensino e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição.

DENISE MARIA JORNADA BRAGA PINTO – Coordenadora da GEP do GHC (2002).

ALBERTO MOLINARI – Cirurgião endócrino do Hospital Nossa Senhora da Conceição.

MÁRIO SILVEIRA – Gerente da Gerência de Ensino e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (2002).

✉ Endereço para correspondência

Dr. Samir Schneid

Hospital Nossa Senhora da Conceição

Avenida Francisco Trein, 596

91350-200 – Porto Alegre – RS – Brasil

✉ ssamir@ghc.com.br

INTRODUÇÃO

Diretrizes clínicas têm se tornado uma área de interesse crescente para a prática dos profissionais de saúde (1). O atendimento em saúde organizado na forma de protocolos embasados em evidências tem sido defendido e utilizado nos países mais desenvolvidos há pelo menos três décadas (2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13). Segundo o Cen-

tro Latino-Americano de Informação em Ciências da Saúde (BIREME), diretrizes para a prática clínica são orientações, ou princípios, que apresentam regras de políticas atuais, ou futuras, ao profissional de saúde para assistilo na tomada de decisão ao cuidar de pacientes, considerando aspectos de diagnóstico, de terapia ou de circunstâncias clínicas relacionadas. As diretrizes de prática clínica, segundo a *National Guideline Clearinghouse (NGC)*, dos Estados Unidos, são documentos elaborados de forma sistemática para auxiliar os profissionais de saúde e os pacientes sobre as decisões apropriadas nos cuidados de saúde em circunstâncias clínicas específicas.

A padronização das condutas com embasamento científico consistente e atualizado tem sido uma solicitação freqüente dos profissionais de saúde. A otimização na utilização dos recursos também tem sido uma reivindicação antiga dos administradores que gestionam instituições de saúde (14). Os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) sofrem com a falta de iniciativas nesta área. Os avanços da tecnologia descritos na literatura, muitas vezes, demoram mais do que deveriam para serem incorporados no atendimento (12). Há um preço que a sociedade, como um todo, paga pela falta de iniciativa competente quando esta se faz necessária. É o que os economistas referem como o “custo de não fazer”. Na medida em que as concepções sobre Medicina Baseada em Evidências (MBE) avançaram no nosso meio (15, 16, 17, 18, 19), especialmente durante a década de 90, algumas instituições, de forma pioneira, iniciaram seus trabalhos no sentido de organizar a prática através de protocolos clínicos e de enfermagem embasados em evidências.

Protocolos clínicos são recursos de tecnologia em saúde classificados como lógicos ao lado dos recursos humanos, físicos ou materiais. O benefício esperado para a saúde do ser humano em função do avanço da tecnologia nas últimas décadas encontra-se comprometido pela limitação dos re-

ursos e pela dificuldade para sistematizar de forma racional a disponibilização e a distribuição desses recursos. Um dos princípios fundamentais do pensamento econômico é que os recursos são finitos e que estes nunca irão satisfazer todos os anseios da sociedade (20). Os recursos diagnósticos e terapêuticos hoje são muito mais efetivos do que há poucas décadas. A população tem consciência desses avanços tecnológicos e cobra resultados algumas vezes idealizados dos provedores na área de saúde. Tschiedel, em 1995, estudando a demanda no Serviço de Emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), refletia sobre o fato de a sociedade brasileira, naquela época, atravessar período crítico de sua história sócio-político-econômica e ponderava que o estado da Saúde Pública decorria em parte da dificuldade organizacional da sociedade como um todo (21). Em qualquer país, à medida que os custos dos cuidados médicos aumentarem e que novas tecnologias surgirem, a preocupação com a necessidade de evitar gastos desnecessários e de conter os custos inteligentemente irá crescer. Até porque, do ponto de vista de sociedade, quando os recursos são aplicados em assistência à saúde, eles são retirados de outros usos potenciais, tais como educação, segurança pública, políticas de geração de emprego e assim por diante (20). A MBE pode ser útil, também, para administrar de forma científica e ética esse conflito entre o avanço da tecnologia e a limitação de recursos. Em 1977, Weinstein e Stason publicaram seu artigo clássico propondo o aproveitamento na área médica da sistemática de análise de custo-efetividade para apoio à tomada de decisão (22). Os estudos de custo-efetividade são úteis para gerar informações que permitam racionalizar a utilização dos recursos (23). As análises de custo-efetividade auxiliam no processo de tomada de decisões intrinsecamente difíceis até mesmo para sociedades bem mais prósperas que a brasileira. Sem esses esforços para auxílio, cortes ou investimentos serão menos se-

letivos e a utilização dos escassos recursos no seu pleno potencial será menos provável (24). Se essas afirmações publicadas por Mushlin e colaboradores são válidas e graves para países mais desenvolvidos, muito mais ainda elas precisariam ser avaliadas e aplicadas no nosso contexto atual. Apesar de a economia brasileira apresentar indicadores melhores que os de 1995, especialmente em relação à estabilidade da moeda, algumas dificuldades organizacionais da sociedade continuam presentes especialmente na área da saúde pública (25), onde, supõe-se, esta proposta, os protocolos clínicos e de enfermagem, possa ser construtiva.

O objetivo deste artigo é descrever a metodologia que vem sendo empregada no GHC para o desenvolvimento de protocolos clínicos e de enfermagem, proporcionando um modelo que possa ser útil aos profissionais de saúde ao elaborarem protocolos embasados em evidências.

METODOLOGIA

O GHC, instituição vinculada ao Ministério da Saúde, oferece atendimento médico e odontológico qualificado desde o nível primário até o terciário. Composto pelas 12 unidades da Gerência de Saúde Comunitária e pelas quatro unidades hospitalares que formam o Grupo: Hospital Nossa Senhora da Conceição, Hospital Cristo Redentor (HCR), Hospital Fêmeina (HF) e Hospital da Criança Conceição (HCC). O GHC é a maior instituição de saúde no Estado do Rio Grande do Sul. O Grupo dispõe de 1.500 leitos hospitalares e conta com 5.000 trabalhadores para cumprir sua missão: “Desenvolver ações de atenção integral à saúde para a população, com excelência e eficácia organizacional, através de seus recursos tecnológicos e humanos, programas de ensino e pesquisa, atuando em parceria com outras entidades, fortalecendo o Sistema Único de Saúde e cumprindo, assim, a sua função social.” Além disso, o GHC exerce papel fundamental como insti-

tuição de ensino em saúde, disponibilizando cerca de 30% das vagas para Residência Médica no Estado do Rio Grande do Sul atualmente. Profissionais de saúde do GHC estão desenvolvendo protocolos clínicos e de enfermagem embasados em evidências, formalmente, desde o ano de 2001.

A Gerência de Ensino e Pesquisa é a responsável pela coordenação das atividades de ensino e pesquisa no Grupo. A GEP tem por função, também, oferecer orientação técnica para a elaboração dos protocolos. Cuida, através de sua equipe, para manter a padronização dos documentos e garantir sua validade científica. Como a instituição GHC atende desde o nível primário até o terciário, estabeleceu-se que os protocolos do Grupo deveriam respeitar as particularidades de cada serviço e as suas interfaces nos diferentes níveis de atendimento (primário, secundário e terciário). Do ponto de vista metodológico, iniciou-se o processo de desenvolvimento de protocolos no GHC através de cursos de capacitação para a elaboração de protocolos (26). Os assuntos abordados nos cursos são: “O que é protocolo embasado em evidência?”, “Como formular uma pergunta?”, “Como encontrar a evidência?”, “Orientações gerais sobre como realizar um protocolo” e “Análise de artigos científicos”. A elaboração, implementação e atualização dos protocolos no GHC segue trâmite preestabelecido. Eles são construídos pelos autores, discutidos entre os integrantes do serviço, avaliados com os representantes da GEP da unidade hospitalar respectiva, validados na GEP do GHC, homologados pela Direção do GHC em reunião específica, quando são apresentados para o corpo funcional da instituição, e têm caráter dinâmico, com proposta de revisão e atualização periódica.

O texto a seguir está estruturado no algoritmo da Figura 1. O algoritmo descreve graficamente a metodologia que está sendo sugerida para a elaboração dos protocolos no GHC. Além disso, o leitor que acompanhar os próximos parágrafos, concomitantemente,

estará visualizando o formato editorial padrão que está sendo preconizado para os algoritmos e perceberá a simbologia utilizada, a qual está detalhada no texto.

Anotações relacionadas ao algoritmo

1 – Protocolo proposto ao autor pela GEP

Os títulos, o assunto, dos protocolos foram escolhidos segundo metodologia criteriosa em comum acordo entre os serviços envolvidos e a GEP. O Serviço de Arquivo Médico (SAME) forneceu uma lista com as doenças mais frequentemente atendidas no GHC. Essa lista foi avaliada na GEP e, a partir dela, foram escolhidos os assuntos que, conforme os critérios de magnitude (frequência), transcendência (gravidade) e vulnerabilidade (efetividade da intervenção), fossem justificadamente prioritários.

Os autores dos protocolos também utilizam esses critérios para justificar do ponto de vista epidemiológico o desenvolvimento dos seus respectivos documentos. A magnitude da condição proposta no título do protocolo são os dados de frequência (prevalência e incidência) do agravo. Os autores podem utilizar estatísticas próprias, o que é enriquecedor para o texto. A rede interna de computadores (*Intranet*) do GHC disponibiliza estatísticas que podem ser citadas neste item. Os autores também podem buscar dados em referências regionais, nacionais ou internacionais. É interessante observar a qualificação das estatísticas em saúde no Brasil nos últimos anos (27). As tabelas do DATASUS podem ser úteis. Por exemplo, sabe-se que o grupo das doenças cardiovasculares é a principal causa de óbito no Estado do Rio Grande do Sul, representando 33% de todos os óbitos no Estado. Essa informação é referente à magnitude das doenças cardiovasculares. A transcendência da condição-tema do protocolo está relacionada com a gravidade da doen-

ça ou do problema abordado pelo protocolo. Uma das formas de quantificar a transcendência de determinada condição em saúde é através do cálculo dos Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP). Por exemplo, as “causas externas de morbimortalidade” estão em primeiro lugar no Estado do Rio Grande do Sul, tendo em vista que a mortalidade por trauma é maior em pessoas mais jovens. Portanto, o trauma tem uma transcendência (considere-se a expectativa de vida) maior do que as doenças cardiovasculares no Estado do Rio Grande do Sul (28). A vulnerabilidade, que justifica a elaboração de protocolo de determinado assunto, diz respeito justamente ao fato de esta condição ser passível de resolução pela equipe que se dispõe a tal, ou seja, são os dados referentes à efetividade da intervenção. Nesse campo, os autores podem tecer comentários referentes aos recursos humanos e à infra-estrutura que permite o manejo do problema em questão. As tabelas do DATASUS também disponibilizam informações referentes à vulnerabilidade dos agravos, especialmente enfocando aspectos de prevenção, quando se configura o levantamento por “causas evitáveis”. Retornando ao exemplo, pode-se observar que as doenças do aparelho circulatório são as mais vulneráveis a “intervenções de prevenção ou de diagnóstico e tratamento precoce” quando comparadas com as outras condições do CID 10.

Os protocolos do GHC estão sendo construídos pelos próprios integrantes de cada serviço. Dessa forma, recomenda-se que os formadores de opinião nos grupos ou serviços estejam diretamente envolvidos na elaboração do protocolo (Recomendação de grau A, embasada em evidência de nível I) (29). Além disso, considerando-se a parceria desempenhada pela enfermagem no gerenciamento em saúde (30, 31), é necessário citar que, também, estão sendo elaborados protocolos de enfermagem segundo metodologia semelhante, de forma paralela e integrada aos protocolos clínicos (32).

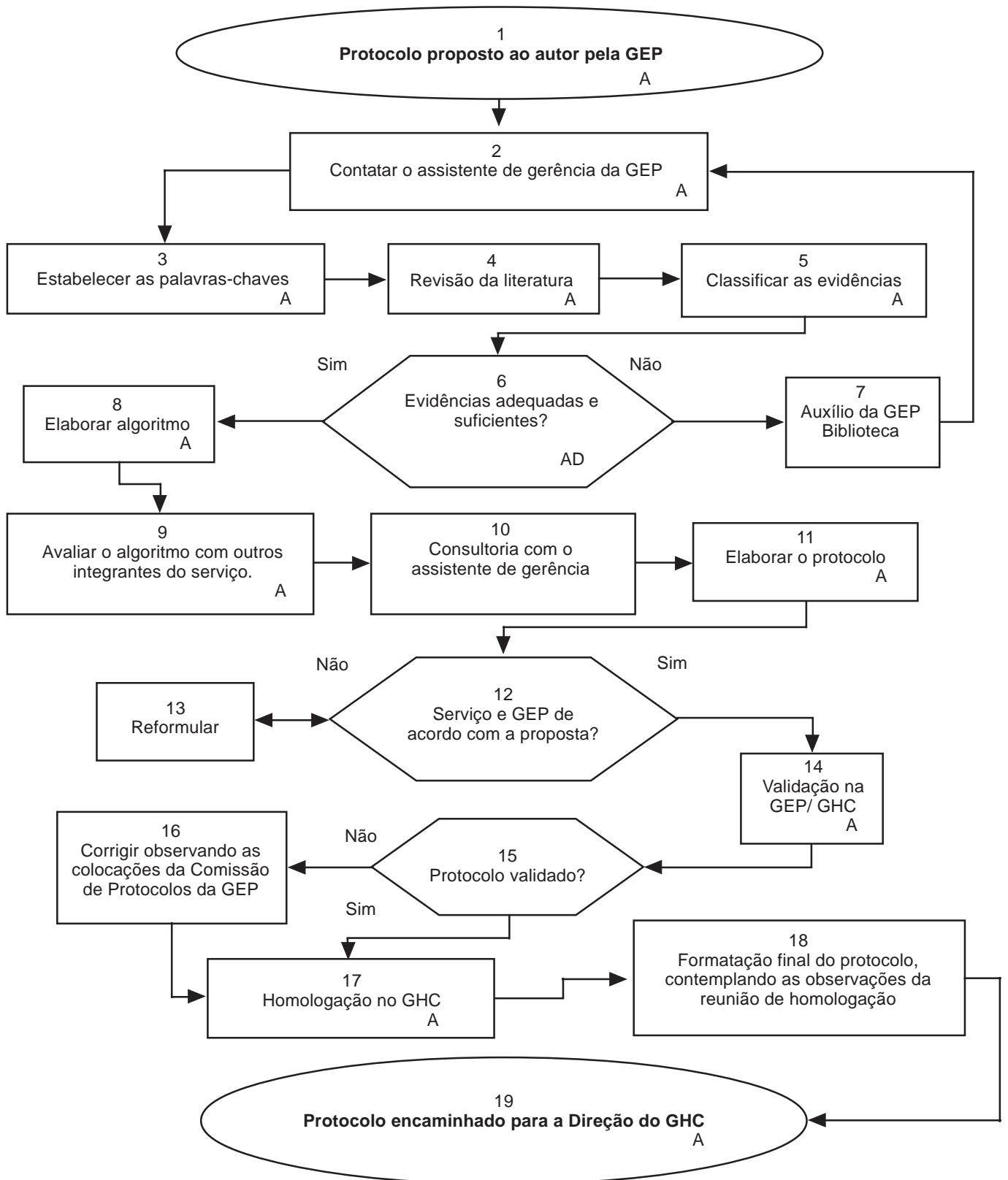


Figura 1 – Algoritmo da sistemática sugerida para o desenvolvimento dos protocolos clínicos e de enfermagem no GHC.

3 – Estabelecer as palavras chaves

Um dos primeiros passos para a equipe trabalhar de forma eficiente ao elaborar um texto científico é a definição da terminologia. Assim como a décima edição do Código Internacional de Doenças (CID 10) é utilizada para a definição de doenças na prática médica, sugere-se para a busca de evidências as definições oficiais dos descritores conforme disponibilizado pela BIREME. Por exemplo, protocolos clínicos ou protocolos assistenciais (*clinical protocols, critical pathways*), segundo a definição dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCs), são projetos precisos e detalhados para o estudo de um problema médico ou biomédico e/ou projetos para um regime de terapia. Protocolos clínicos (*clinical guidelines*), segundo o *National Institute for Clinical Excellence (NICE)*, da Inglaterra, são recomendações para o atendimento de indivíduos por profissionais de saúde; eles são embasados nas melhores evidências disponíveis. No GHC, define-se a expressão “Protocolo Clínico” como: texto científico embasado em evidências, com editoração gráfica padronizada, construído de forma sistemática, estruturado no algoritmo, com validade técnica e homologado pela direção da instituição para orientar o manejo de condições clínicas ou cirúrgicas selecionadas.

Assim sendo, sugere-se aos autores de protocolos que iniciem o próximo passo, a busca de evidências, pela definição dos termos, ou seja, pelo estabelecimento dos descritores relacionados com o assunto dos seus respectivos protocolos (recomendação de grau D, embasada em evidências de nível VI) (33, 34, 35, 36).

4 – Revisão da literatura

A revisão de literatura, entendida como busca, compreensão e discussão das publicações, é etapa estratégica na elaboração do protocolo. Encontrar as melhores e mais atualizadas evidências

sobre o assunto proposto será fundamental para a construção de protocolos consistentes (recomendação de grau D, embasada em evidências de nível VI) (2, 37). A biblioteca *Cochrane* é uma excelente base de dados, mas não é a única. Recomenda-se realizar a seleção dos artigos com a referência completa via Internet. Sugere-se que o autor e o representante da GEP iniciem a revisão por uma panorâmica *evidence based* utilizando o *site* de busca na *Internet Google™* (www.google.com.br). A seguir, a revisão continua através da página de Consulta a Bases de Dados da BIREME (www.bireme.br), que permite acesso à *Cochrane* e à *Medline*, entre outras. Além dessas bases de dados, pode-se consultar gratuitamente o *site SUMSearch* e, também, revisar os textos disponibilizados na *Web* do *British Medical Journal (BMJ)*. Outra página que pode ser útil é a do *TRIPDatabase*. Para informações referentes à magnitude, à transcendência e à vulnerabilidade do problema, os autores podem consultar, conforme já comentado anteriormente, as estatísticas do DATASUS, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e/ou as informações epidemiológicas disponibilizadas na Internet pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (28).

5 – Classificar as evidências

Uma vez selecionados os textos de maior interesse a partir dos resumos, o autor precisa obter os artigos. Caso haja necessidade de aquisição, a própria BIREME fornece os artigos via correio convencional ou eletrônico para pesquisadores cadastrados diretamente da base de dados que está sendo consultada ou através do Serviço Cooperativo de Acesso a Documentos (SCAD). É útil obter os artigos gravados eletronicamente em *Adobe Acrobat™*. De posse do material, recomenda-se aos autores revisar e classificar

as evidências conforme o nível de cada uma, segundo a proposta adotada pela GEP (ver Quadro número 1) e publicada no Manual Operacional (recomendação de grau D, embasada em evidências de nível VI) (15, 38). As evidências fornecem o embasamento científico para os comentários referentes à conduta sugerida em determinado elemento gráfico. O nível da evidência está relacionado com a validade interna e externa do artigo. O grau de recomendação (Quadro número 2) expressa a força com que determinada conduta pode ser cientificamente defendida (15). Observou-se que, na prática, nem sempre, é assim tão simples classificar um artigo: definir o delineamento, avaliar a validade interna e externa do trabalho, estabelecer o nível de evidência do estudo. Em alguns casos, revisar as diretrizes de entidades reconhecidas da área também pode ser útil para a elaboração dos protocolos.

6 – Evidências adequadas e suficientes?

Julgar se as evidências arroladas estão adequadas e se são suficientes é ponto crítico na elaboração de protocolos no mundo inteiro (1, 13, 39, 40, 41). A revisão de literatura deve ser sistemática (recomendação de grau D, embasada em evidência de nível VI) (44). A busca deve ser a mais completa possível. Os melhores estudos, os mais atuais e mais robustos, precisam ser localizados e contemplados. Os autores e os leitores precisam estar preparados para lidar com as incertezas inerentes à metodologia científica (recomendação de grau D, embasada em evidência de nível VI) (15). Por outro lado, as certezas da ciência, as provas, constituem os melhores parâmetros para as recomendações dos protocolos embasados em evidências.

Para a elaboração desta publicação foi realizado levantamento da literatura nas bases de dados *Cochrane* e *Medline*, utilizando como descritor de assunto *clinical protocols* e *practice guide-*

Quadro 1 – Qualificação das evidências clínico-epidemiológicas. Conforme publicação: Da Silva OB e Stein A. Medicina baseada em evidências: uma visão geral sobre o novo paradigma da prática médica. *REVISTA AMRIGS* 43(3,4);1999:205-209¹⁵

Nível de evidência	Características
I	Ensaio clínico randomizado com desfechos clinicamente relevantes, com adequado poder e mínima possibilidade de erro alfa. Metanálises de ensaios clínicos de nível II comparáveis e com validade interna, com adequado poder final e mínima possibilidade de erro alfa.
II	Ensaio clínico randomizado com desfechos substitutos Análise de hipóteses secundárias de estudos de nível I.
III	Estudo quase-experimental com controles contemporâneos selecionados por método sistemático, independente de julgamento clínico. Análise de subgrupos de ensaios clínicos randomizados.
IV	Estudo quase-experimental com controles históricos Estudos de Coorte.
V	Estudos de casos e controles.
VI	Séries de casos.

Quadro 2 – Graus de recomendação de condutas médicas. Conforme publicação: Da Silva OB e Stein A. Medicina baseada em evidências: uma visão geral sobre o novo paradigma da prática médica. *REVISTA AMRIGS* 43(3,4);1999:205-209¹⁵

Grau de recomendação	Características
A	Pelo menos um estudo de nível I
B	Pelo menos um estudo de nível II
C	Pelo menos um estudo de nível III ou dois de nível IV ou V
D	Somente estudos de nível VI Recomendações de especialistas

lines. Além disso, as referências ou artigos relacionados com os textos que estiveram sendo revisados também foram muito úteis. Apesar destes esforços, os autores observaram que há poucos estudos de nível I nesta área.

8 – Elaborar o algoritmo

Para escrever o protocolo, sugere-se aos autores que iniciem pelo algoritmo. É fundamental que o algoritmo seja consequência da revisão de literatura; e não o contrário: buscar-se na literatura evidências para justificar as condutas propostas no algoritmo. As condutas propostas no algoritmo dos protocolos deverão ser embasadas nas melhores e mais atuais evidências da literatura, buscando a melhor relação de custo-efetividade

(recomendação de grau D, embasada em evidências de nível VI) (1, 43, 44) e respeitando a realidade local (recursos disponíveis), bem como a experiência prática dos autores envolvidos na elaboração do documento.

Algoritmos (descriptor em inglês: *algorithms*), segundo a BIREME, são procedimentos consistindo de uma seqüência de etapas lógicas para executar uma dada tarefa. O algoritmo é representado graficamente através de fluxograma estruturado em etapas interdependentes e com pontos de decisão. O algoritmo é o núcleo dos protocolos clínicos, ele representa graficamente o fluxo principal do atendimento (45). O modelo de algoritmo proposto pela GEP se classifica como algoritmo de manejo, pois envolve diagnóstico e conduta (35).

O algoritmo deve seguir os padrões definidos no Manual Operacional da GEP/ GHC, e, sobretudo, deve ser simples (recomendações de grau D, embasadas em evidência de nível VI) (46). As formas básicas (oval, hexágono ou retângulo) dos elementos gráficos dos nossos algoritmos têm significado próprio: os ovais representam os pontos de entrada (quadro clínico ou população com a doença) e saída do algoritmo (encaminhamento, resolução); os hexágonos são os pontos de decisão e os retângulos são as “caixas de ação” (condutas). Como o algoritmo representa de forma padronizada uma sugestão para as principais decisões e ações a serem assumidas de forma seqüencial pelo profissional quando necessitar manejar um caso dentro da instituição, recomenda-se que a numeração siga uma ordem coerente com o título, ou seja, a numeração dos elementos gráficos deveria observar a seqüência lógica de manejo do problema objetivado no título do protocolo (recomendação de grau D, embasada em evidência de nível VI) (45).

9 – Avaliar o algoritmo com outros integrantes do serviço

Este é, talvez, o ponto mais delicado do processo de elaboração de protocolos. Recomenda-se que todos, ou, pelo menos, a maioria dos integrantes da equipe participem do processo, especialmente nesta fase de construção do algoritmo (recomendação de grau A, embasada em evidência de nível I) (29). Além disso, se o assunto do protocolo apresentar interfaceamento com outros serviços do mesmo hospital, ou, até mesmo, com outra unidade do GHC, é sugerido que se busque um consenso em torno do algoritmo. Até porque um dos objetivos dos protocolos no GHC é melhorar a integração entre os três níveis de atenção à saúde (primário, secundário e terciário), entre os centros de resultados e entre as unidades hospitalares. Os protocolos devem atuar facilitando o fluxo, organizando o sistema de referenciamento

e contra-referenciamento e racionalizando os custos no atendimento dos pacientes. Essa é uma das razões pelas quais é importante que os integrantes do serviço participem cooperativamente na elaboração do protocolo.

11 – Elaborar o protocolo

Para a formatação final do protocolo, os autores necessitarão: suas referências bibliográficas devidamente classificadas, o Manual Operacional para elaboração de protocolos da GEP (38) e a padronização para referências Vancouver (47, 48). A diretriz de padrão de formatação e apresentação gráfica dos protocolos no GHC determina que o conteúdo dos elementos gráficos do algoritmo possa ser trabalhado na forma de texto através de ANOTAÇÕES e/ou DISCUSSÕES. Sugere-se que este recurso seja indicado no próprio elemento gráfico por um pequeno “A” e/ou “D” no canto inferior direito, sempre que for aplicável. Os autores devem reservar o item “ANOTAÇÕES” para afirmações consagradas no nosso meio, bem embasadas em evidências ou que recomendem a utilização de recursos já disponíveis. Condutas que provocaram debates no grupo ou aspectos controversos na literatura, onde a qualificação das evidências epidemiológicas é pobre ou pouco consistente, quando colocadas no algoritmo, deveriam ser comentadas no texto como “DISCUSSÕES”. Propostas relativas a tecnologias ou sistemáticas novas também podem ser abordadas neste espaço, principalmente se houver embasamento formal de custo-efetividade que justifique sua recomendação (18, 20, 24, 43, 44).

14 – Validação na GEP/GHC

Com o protocolo pronto, os autores combinam a apresentação da proposta na reunião de validação de protocolos da GEP. Essas reuniões são de caráter técnico. O Comitê de Validação de Protocolos da GEP avalia o protocolo em conjunto com os autores.

17 – Homologação no GHC

Uma vez aprovado pela equipe de validação da GEP, o protocolo vai para apreciação pela Direção do Grupo e, havendo decisão favorável da Diretoria, será agendado para apresentação na reunião de homologação de protocolos do GHC. A reunião de homologação consiste na apresentação formal do protocolo para a instituição. É uma oportunidade de integração muito rica. Estando a argumentação embasada em evidências de bom nível científico e havendo relação de custo-efetividade adequada, este é um dos foros para a equipe técnica defender suas reivindicações junto ao corpo administrativo.

19 – Protocolo encaminhado para a Direção do GHC

A Direção do GHC coordena o processo de implementação dos protocolos homologados no Grupo. Os protocolos homologados pela Diretoria estão sendo publicados na revista *Momento & Perspectivas em Saúde*, divulgados na Intranet do GHC e na Internet: www.ghc.br/gep/protocolos.html. Planeja-se divulgação em arquivo *Adobe Acrobat™* via *Compact Disk Read Only Memory (CD-ROM)*.

Discussões relacionadas com o algoritmo

6 – Evidências adequadas e suficientes?

A revisão da literatura é uma das etapas mais trabalhosas do processo de elaboração do protocolo. A contextualização das evidências que irão embasar as condutas propostas no algoritmo é da maior responsabilidade. A revisão de literatura pode ser realizada em conjunto com a representação da GEP na unidade. Nem sempre haverá evidências de nível I para respaldar a conduta sugerida no elemento gráfico do algoritmo. Algumas condutas, especialmente na área de cirurgia, onde

há dificuldades práticas e éticas para a execução de ensaios clínicos randomizados e duplo-cegos, estarão embasadas em evidências de nível VI. Além disso, a própria literatura científica não está livre de resultados contraditórios (15).

RESULTADOS

Os autores deste artigo estiveram envolvidos com as atividades iniciais do processo de desenvolvimento de protocolos clínicos e de enfermagem no GHC. A Tabela 1 apresenta os resultados durante o período de 2001 a 2002. Muitas foram as dificuldades encontradas. Desde questões operacionais, como o fato de a maioria dos textos que servem de referência para os autores dos protocolos ser escrita no idioma inglês, passando por questões de relacionamento que costumam estar presentes quando se buscam consensos. No início dos trabalhos, houve controvérsias por parte dos autores em relação à adequação do título do protocolo que estava para ser desenvolvido. Os autores, desconhecendo a sistemática que precedera a identificação das condições prevalentes em cada serviço, acreditavam, em função de sua experiência prática e conhecimento teórico sobre o assunto, poder sugerir um título mais adequado. O Comitê de Validação de Protocolos elaborou um encaminhamento administrativo para essa questão de forma que as sugestões fossem aproveitadas sem comprometer a sistemática de desenvolvimento de protocolos como um todo no Grupo. Outra dificuldade prática específica do GHC durante o processo de desenvolvimento dos protocolos refere-se ao fato de o Grupo possuir dois serviços de nível terciário para atendimento de ginecologia, obstetrícia e neonatologia (HNSC e HF). Considerando a importância de um trabalho unificado e a pouca disponibilidade de tempo dos autores, essa diretriz sugere que, pelo menos, o algoritmo do protocolo seja discutido com todos os integrantes dos serviços envolvidos. Também se observou a dificuldade dos autores para de-

Tabela 1 – Número de protocolos clínicos e de enfermagem desenvolvidos no Grupo Hospitalar Conceição no período 2001-2002

Unidade (serviço)	Propostos n	Validados n (%)	Homologados n (%)
Enfermagem	26	7 (27)	5 (19)
HCC*	19	3 (16)	3 (16)
HCR†	18	5 (28)	4 (22)
HF‡	6	5 (83)	4 (66)
HNSC§	57	25 (44)	22 (39)
SSC	9	2 (22)	2 (22)
GHC	135	47 (35)	40 (30)

* HCC: Hospital da Criança Conceição.

† HCR: Hospital Cristo Redentor.

‡ HF: Hospital Fêmeina.

§ HNSC: Hospital Nossa Senhora da Conceição.

|| SSC: Serviço de Saúde Comunitária.

finir, de acordo com o Quadro 1, o nível das evidências que serviriam para embasar seus protocolos. Os autores de protocolos no GHC são os médicos e as enfermeiras que trabalham na “linha de frente”; a maioria não tem disponibilidade de tempo para aprofundar seus conhecimentos em detalhes de epidemiologia. Os profissionais da GEP desenvolveram um curso que, entre outros objetivos, busca trabalhar conceitos de epidemiologia e bioestatística que possam ser úteis aos autores de protocolos clínicos ou de enfermagem. Por último, outra dificuldade observada foi a atualização das publicações (49, 50). O encaminhamento para essa questão foi de elaborar uma sistemática de atualização periódica para os protocolos.

Um dos resultados dos esforços do Comitê de Validação de Protocolos do GHC foi o Curso para a Elaboração e Implementação de Protocolos Clínicos na Rede Municipal de Atenção Primária à Saúde e a sistemática de consultoria técnica que se estabeleceu mediante relação convencional com a Prefeitura Municipal de Porto Alegre. No primeiro semestre de 2002, uma vez por semana, profissionais da Prefeitura Municipal de Porto Alegre foram capacitados para a elaboração de protocolos clínicos de acordo com a metodologia proposta pela GEP do GHC. A implementação dos Protocolos Clínicos na Rede Municipal de Atenção Primária à Saúde poderá incrementar

a captação de recursos financeiros. Os primeiros protocolos já estão sendo implementados. O potencial dessa ferramenta para organizar o atendimento já pôde ser testemunhado nos preparativos da “Operação Inverno” para o ano de 2003, quando as orientações que têm sido preconizadas nas oficinas de capacitação e treinamento dos profissionais de saúde já estão sendo orientadas por protocolos clínicos. Outro exemplo do papel a ser desempenhado pelos protocolos, como instrumentos de educação permanente, é a utilização desses em palestras de congressos e simpósios, como têm sido o caso do “Protocolo da Abordagem Inicial da Parada Cardíaca nos Postos de Saúde”, em consonância com as últimas determinações da *American Heart Association*, que preconiza a Reanimação Cardiopulmonar (RCP) imediata como um dos preditores de melhor prognóstico pós-parada.

DISCUSSÃO

Os autores deste artigo concordam que a experiência pioneira da GEP com a capacitação para a elaboração de protocolos dentro do próprio GHC e em outras instituições, como na Prefeitura Municipal de Porto Alegre, esteja sendo construtiva. Parece que a sistematização do atendimento através de protocolos melhora a integração entre as equipes técnicas, padroniza condutas, cria espaço para solicitar melho-

rias nos diversos serviços, inclusive com a possibilidade de incorporação de novas tecnologias, embasando as argumentações em evidências (ou provas) científicas consistentes. O trabalho protocolizado tem sido enfatizado como um dos itens que os Programas de Acreditação Hospitalar avaliam, conforme o manual da Organização Nacional de Acreditação (ONA) (51). Além disso, a elaboração de protocolos no GHC tem revelado áreas deficientes em estudos epidemiológicos, sugerindo campo para trabalhos de pesquisa aplicada. Por último, os protocolos se constituem em ferramenta de educação permanente (52, 53). Observou-se, de forma não quantificada, que a auto-estima do profissional envolvido com os protocolos melhora. O processo de elaboração do protocolo estimula a atualização e gera ambiente de reflexão sobre a prática estabelecida. Além disso, os protocolos têm se revelado instrumentos úteis no planejamento estratégico, no controle de estoque dos almoxarifados e na otimização dos gastos com suplementos. Por fim, no caso específico do GHC, acredita-se que os protocolos estejam incrementando a integração entre os níveis de atendimento primário, secundário e terciário, aproximando as equipes das 12 unidades de atenção primária e as quatro unidades hospitalares integrantes do Grupo.

Uma das questões mais polêmicas em relação a protocolos é a repercussão nos custos (55, 56, 57, 58). Apesar dos argumentos acima, é difícil afirmar qual a tendência em relação a custos com a implementação de protocolos. Há quem afirme que os custos aumentam com a protocolização do atendimento em saúde. Além disso, é interessante observar que a própria literatura científica questiona a efetividade de material publicado em gerar melhorias no atendimento prático em saúde (59). Polanczyk e col. realizaram um estudo de coorte comparado para avaliar o impacto, especialmente a efetividade, da implementação do protocolo de manejo de dor no peito no Serviço de Emergência do Hospital de Clini-

cas de Porto Alegre e concluíram, inicialmente, que, apesar de os desfechos terem sido favoráveis, a efetividade do protocolo implantado em provocar mudanças de conduta teria sido atenuada ao longo dos doze meses de observação (60). O grupo da pesquisadora procurou na literatura possíveis soluções para essa dificuldade. Embasada em evidências que descreviam melhores desfechos em termos de efetividade quando os *guidelines* envolviam os líderes e formadores de opinião nos grupos de trabalho (29), a pesquisadora redirecionou seus métodos. Assim, com as análises dos dados ao longo de dois anos e meio, foi possível reportar desfecho compatível com redução de mortalidade provavelmente relacionada a implementação do protocolo (Polanczyk 2002 – comunicação pessoal). Outros autores têm reportado redução de custos com exames, sem prejuízo para desfechos clínicos, quando o trabalho é organizado por protocolos (61, 62). Um dos objetivos da MBE é racionalizar a utilização dos recursos. Portanto, os protocolos têm potencial para continuar qualificando o atendimento no GHC, com redução racional de custos.

A questão da ética clínica costuma gerar polêmica quando se aborda o tema do trabalho médico protocolizado (63). Nesse sentido, é importante observar que o atendimento de saúde ancorado em protocolos embasados em evidências vai ao encontro das determinações da ética embasada em princípios. O princípio ético da “autonomia profissional” não pode ser contrariado (36). Os protocolos são construídos para servirem de guia para a melhor conduta, a autonomia da equipe de saúde deve ser preservada. A responsabilidade última pelo ato médico continua sendo uma decisão do profissional e do paciente. Os profissionais, portanto, têm a autonomia, de direito, para decidir pela conduta que ponderarem ser a melhor naquele momento para o paciente em questão (64). Conforme o Instituto Nacional para a Excelência Clínica na Inglaterra (*NICE*), protocolos auxiliam a prática dos pro-

fissionais de saúde, mas não substituem os seus conhecimentos e habilidades (39). O princípio da “não maleficência” estará contemplado na medida em que os protocolos forem construídos de forma rigorosamente sistemática e respeitarem as conclusões das melhores e mais atuais evidências científicas (65, 13, 66). Por último, em relação ao princípio ético da “justiça social”, a proposta do trabalho protocolizado se constitui, justamente, em um dos instrumentos para viabilizar na prática uma distribuição mais equitativa dos recursos na área de saúde.

No Brasil, o aspecto mais vulnerável da defesa do paradigma da MBE é o vínculo com o *managed care* (67). Explicitamente, são conceitos diferentes. *Managed care* pode ser definido como “serviços de atenção à saúde oferecidos sob o controle administrativo de grandes organizações privadas e com mecanismos de captação de pagamento”. Conforme discutido anteriormente, o conceito proposto para MBE (68), objetivamente, não teria relação com essa definição de *Managed care*. Entretanto, o vínculo implícito é óbvio. A difusão e a aplicação, na nossa sociedade, de conceitos direta ou indiretamente relacionados com a MBE precisa ser responsabilmente discutida. Stocker, Waitzkin e Iriart estabelecem, apropriadamente, um prognóstico sombrio para a saúde da população brasileira em artigo intitulado “A exportação do *Managed care* para a América Latina” e publicado no *The New England Journal of Medicine* em 1999. Entretanto, a sociedade brasileira vivencia, atualmente, uma oportunidade muito promissora em termos organizacionais e os autores concordam que o paradigma da MBE, não necessariamente a aplicação indiscriminada dos princípios do *Managed care*, poderá ser muito útil no sentido de qualificar o atendimento de saúde no nosso meio.

Conforme o que foi exposto acima, os autores postulam que o planejamento inicial estabelecido para o futuro dos protocolos clínicos e de enfermagem no GHC (a divulgação e a aplicação

dos protocolos, a monitorização da implementação dos protocolos e a apresentação dos resultados quanto aos indicadores estabelecidos através da emissão de relatórios de acompanhamento do processo para a diretoria do GHC) continua válido e defensável.

Os protocolos formalizam a parceria de trabalho entre médicos, enfermeiros e administradores, servindo como ferramenta para padronização de condutas e para educação permanente. Os protocolos clínicos e de enfermagem compatibilizam o estado atual da arte médica com a capacidade assistencial e a experiência prática do corpo técnico e administrativo do Grupo, buscando reduzir a distância entre “o ideal e o real” na instituição. Concluindo, espera-se que este artigo seja útil para aqueles que se propuserem a construir protocolos clínicos embasados em evidências.

AGRADECIMENTOS

Francisco Antônio Zancan Paz, Diretor Superintendente do Grupo Hospitalar Conceição (2002).

José Matias Rizzotto, Coordenador de Faturamento, SAME.

Carla Costa Moreira, estagiária do Serviço de Cirurgia Bucomaxilofacial do Hospital Cristo Redentor (2002).

Lúcia de Fátima da Motta, secretária da GEP Hospital Cristo Redentor.

Mariângela de Moraes Butori, secretária da GEP Hospital Cristo Redentor.

Eunice Itajaira Cardoso Feijó, secretária da GEP Hospital Fêmina (2002).

André Luís da Silva Mello, Graduando em Administração Hospitalar – Grupo Hospitalar Conceição – Secretaria Municipal de Saúde de São Leopoldo.

Maria Augusta Rodrigues Oliveira, secretária da GEP Hospital Cristo Redentor.

Elise Marie Tasca, Gerente de Controladoria do Grupo Hospitalar Conceição (2002).

REFERÊNCIAS
BIBLIOGRÁFICAS

1. WOOLF SH, GROL R, HUTCHINSON A, ECCLES M, GRIMSHAW J. Potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *BMJ* [periódico online] 1999 Feb [capturado 2002 Jul 09]; 318: [24 telas] Disponível em: <http://www.bmj.com>
2. SHEKELLE PG, WOOLF SH, ECCLES M, GRIMSHAW J. Developing guidelines. *BMJ* [periódico online] 1999 Feb [capturado 2002 Jul 09]; 318: [22 telas] Disponível em: <http://www.bmj.com>
3. GSF – National Research Center for Environment and Health Member of the Hermann von Helmholtz-Gemeinschaft Deutscher Forschungszentren (HGF). A survey on the current state of development, dissemination and implementation of guidelines of clinical practice in European countries. [publicação institucional], *GSF* [URL: http://www.gsf.de/index_en.phtml] Rolf Engelbrecht, Sonja Courté-Wieneche. Neuberger: *Institute of Medical Informatics and Health Services Research*; 1999.
4. National Institute for Clinical Excellence (NICE). The guideline development process series. [publicação institucional], *NICE* [URL: <http://www.nice.org.uk>]; 2001.
5. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Health care guideline, general implementation. [publicação institucional], *ICSI* [URL: <http://www.icsi.org>]; May 2001.
6. Agency for Quality in Medicine, Joint Institution of the German Medical Association and the National Association of the Statutory Health Insurance Physicians. Evaluation criteria for clinical practice guidelines in Germany. *ÄZQ* [artigo online] 1999 Mar [capturado 2002 Jul 09]. Disponível em: <http://www.leitlinien.de/Evaluation.pdf>
7. FEDER G, ECCLES M, GROL R, GRIFITHS C, GRIMSHAW J. Using clinical guidelines. *BMJ* [periódico online] 1999 Feb [capturado 2002 Jul 09]; 318: [18 telas] Disponível em: <http://www.bmj.com>
8. RYCROFT-MALONE J. Formal consensus: the development of a national clinical guideline. *Quality in Health Care* [periódico online] 2001 Aug [capturado 2002 Jul 09]; 10: [31 telas] Disponível em: <http://qhc.bmjournals.com>
9. BLUMENTHAL D. Quality of Health Care. Quality of Care – What is it? *NEJM* 1996;335(12):891-4.
10. HERBERT SI, GORDON CJ, JACKSON-SMALE A, SALIS JR. Protocols for clinical care. *Computer Methods and Programs in Biomedicine* 1995; 48:21-6.
11. LOHR KN, ELEAZER K, MAUSKOPF J. Health policy issues and applications for evidence-based medicines and clinical practice guidelines. *Health Policy* 1998; 46:1-19.
12. MEHTA RH, MONTOYE CK, GALLOGLY M et al. Improving Quality of Care for Acute Myocardial Infarction. The Guidelines Applied in Practice (GAP) Initiative. *JAMA* 2002; 287:1269-76.
13. THOMSON R, LAVENDER M, MADHOK R. How to ensure that guidelines are effective. *BMJ* 1995; 311:237-42.
14. WALT G, BRUGHA R, HAINES A. Working with the private sector: the need for institutional guidelines. *BMJ* 2002; 325:432-5.
15. DA SILVA OB, STEIN A. Medicina Baseada em Evidências: uma visão geral sobre o novo paradigma da prática médica. *Revista AMRIGS* 1999 Jul.-Dez.; 43 (3,4):205-209.
16. WAGNER MB. Aspectos básicos da medicina embasada em evidências. *J. Pediatr. (Rio J.)* 1998; 74(5):419-22.
17. DUNCAN BB, SCHMIDT MI. Medicina embasada em evidências. *Rev Ass Med Brasil* 1999; 45(3):247-54.
18. POLANCZYK CA E PINTO RIBEIRO J. Análise e estimativa dos custos das intervenções médicas. In: *Cardiosintética. Estudos de custo efetividade: da teoria à prática*. São Paulo: Lemos :1998. n.3, p. 12-5.
19. WANNMACHER L, FUCHS FD. Conduta terapêutica embasada em evidências. *Rev Ass Med Brasil* 2000; 46(3): 237-41.
20. MARK DB, HLATKY MA. Medical economics and the assessment of value in cardiovascular medicine: Part I. *Circulation* 2002; 106:516-20.
21. TSCHIEDEL B, SCHNEID S, STEIN A. Estudo de demanda no Serviço de Emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição – Parte I. *Mom & Perspec Saúde* 1995 Jan/ Jun; 7(1):11-7.
22. WEINSTEIN MC, STASON, W. Foundations of cost-effectiveness analysis for health and medical practices. *NEJM* 1977, 296:716-21
23. FERRAZ MB. Saúde com mais economia. Nova disciplina reúne duas áreas diferentes do conhecimento. *Patologia Clínica, News, Órgão Informativo da SBPC/ML* 2003; 258(Jan, Fev., Mar):13-4.
24. MUSHLIN AI, RUCHLIN HS, CALLAHAN MA. Costeffectiveness of diagnostic tests. *Lancet* 2001 Oct; 358:1353-5
25. NUNES A, SANTOS JRS, BARATARB, VIANNA SM. Medindo as Desigualdades em Saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento. Brasília: OPAS/ OMS / IPEA; 2001.
26. ECCLES M, GRIMSHAW J, BAKER R, FEDER G, HURWITZ B, HUTCHINSON A LAWRENCE M. Teaching the theory behind guidelines: the Royal College of General Practitioners Guidelines Skills Course. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 1998; 4(2):157-63.
27. LOTUFO PA. A medicina baseada nos brasileiros. *Arq Bras Cardiol* 2001; 76(5):419-20.
28. Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Principais Causas de Mortalidade no Rio Grande do Sul. [Documento em Word®] Disponível em Indicadores de Saúde no URL www.saude.rs.gov.br, [capturado 2002 nov 13]
29. SOUMERAI SB, McLAUGHLIN TJ, GURWITZ JH, GOBEL F et al. Effect of local medical opinion leaders on quality of Care for acute myocardial infarction: a randomized controlled trial. *JAMA* 1998; 279:1358-63.
30. PAGLIARI O, GRIMSHAW J, ECCLES M. The potential influence of small group processes on guideline development. *J Eval Clin Pract* 2001 May; 7 (2):165-73.
31. MELO C. Sobre os princípios da multiplicidade, flexibilidade, inovação e estratégia: tendências para pensar o gerenciamento em saúde. In: *Congresso Brasileiro de Enfermagem* 1991:108-17.
32. THOMAS L, CULLUM N, McCOLL E, ROUSSEAU N, SOUTTER J, STEEN N. Guidelines in professions allied to medicine. *Cochrane Database Syst Ver* 2000; 2:CD000349.
33. Agency for Quality in Medicine, Joint Institution of the German Medical Association and the National Association of the Statutory Health Insurance Physicians. Checklist “Methodological quality of clinical practice guidelines”. *ÄZQ* [artigo online] 1999 Mar [capturado 2002 Jul 09]. Disponível em :<http://www.leitlinien.de/llcheckenglich.pdf>
34. Veterans Health Administration. *Department of Veterans Affairs*. Guideline for guidelines. [publicação institucional], [URL: <http://www.oqp.med.va.gov/general/uploads/guidelinespolicy.doc>]; May 2002 14.
35. HADORN DC. Use of algorithms in clinical guideline development. *ACP* [periódico online] 1995 Jan [capturado 2002 Jul 09]; 95-0009: [19 telas na versão em .pdf] Disponível em: <http://www.acponline.org>
36. SCHWARTZ PJ, BREITHARDT G, HOWARD AJ, JULIAN DG, REHNQVIST AHLBERG N. The legal implications of medical guidelines: a Task Force of the European Society of Cardiology. *European Heart Journal* 1999; 20:1152-7
37. Eastern Association for the Surgery of Trauma. Utilizing evidence based out-

- come measures to develop practice management guidelines: a Primer. Eastern Association for the Surgery of Trauma (EAST) *ad hoc* Committee on Practice Management Guideline Development. [publicação institucional], *EAST* [URL <http://www.east.org>]; 2000.
38. Comitê de Validação de Protocolos Clínicos e de Enfermagem da GEP/ GHC. Manual de Operacionalização de Protocolos. *Mom. & Perspec. Saúde* 2000 Jan-Dez; 13 (1-2): 8-9.
 39. DENT THS, SADLER M. From guidance to practice: why NICE is not enough. *BMJ* [periódico online] 2002 Apr [capturado 2002 Jul 09]; 324: [19 telas] Disponível em: <http://www.bmj.com>
 40. WEINGARTEN S. Translating practice guidelines Into patient care* guidelines at the bedside. *Chest* [periódico online] 2000 [capturado 2002 Jul 09]; 118: [14 telas] Disponível em: <http://www.chestjournal.org>
 41. Eastern Association for the Surgery of Trauma. Practice management guidelines for trauma, EAST *ad hoc* Committee on guideline development. [publicação institucional], *EAST* [URL <http://www.east.org>]; unabridged – revised 1998 Jan 01.
 42. SILVA OB, STEIN A. Medicina baseada em evidências: fontes de evidência. *Mom. & Perspec. Saúde* 1998 Jul/Dec; 2 (2): 47-50.
 43. ECCLES M, MASON J. How to develop cost-conscious guidelines. *Health Technol Assess* 2001; 5 (16):1-60.
 44. ECCLES M, MASON J, FREEMANTLE N. Developing valid cost effectiveness guidelines: a methodological report from the north of England evidence based guideline development project. *Qual Health Care* Jun 2000; 9 (2):127-32.
 45. Society for Medical Decision Making, Committee on Standardization of Clinical Algorithms. Proposal for clinical algorithm standards. *Med Decis Making* 1992; 12:149-54.
 46. CAMARGO CG. Diretrizes Clínicas e a arte de fazer algoritmos como experiência institucional. SIMERS em Revista, 2002 Ago 9: 60-6.
 47. PUCRS – Biblioteca Central. Referências Bibliográficas conforme Vancouver. [publicação institucional], *PUCRS* [URL <http://www.pucrs.br/biblioteca/vancouver.htm>]; Abr 2002.
 48. International Committee of Medical Journal Editors. *Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journal*. *NEJM*, 1977; 336 (4): 309-15.
 49. ECCLES M, ROUSSEAU N, FREEMANTLE N. Updating evidence-based clinical guidelines. *J Health Serv Res Policy* 2002 Apr; 7 (2):98-103.
 50. SHEKELLE PG, ORTIZ E, RHODES S, MORTON SC, ECCLES MP, GRIMSHAW JM, WOOLF SH. Validity of the agency for healthcare research and quality clinical practice guidelines: How quickly do guidelines become outdated? *JAMA* 2001 Sep 26;286 (12):1461-7.
 51. NOVAES HM. Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar. 2.ed. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde, 1999.
 52. VISSER MC, BIERT J, LINDEN CJ, HASMANA. Effects of a supportive protocol processing system (Proto VIEW) on clinical behaviour of residents in the Accident and Emergency department. *Computer Methods and Programs in Biomedicine* 1996; 49:177-84.
 53. VISSER MC, HASMAN A, LINDEN CJ. Protocol processing system (Proto VIEW) to support residents in the emergency ward. *Computer Methods and Programs in Biomedicine* 1995; 48:53-8.
 54. CARAGHER TE, FERNANDEZ BB, LAWRENCE AB. Long-Term Experience With an Accelerated Protocol for Diagnosis of Chest Pain. *Arch Pathol Lab Med* 2000; 124:1434-9.
 55. AZEVEDO AC. Avaliação de desempenho de serviços de saúde. *Rev Saúde Públ*, S. Paulo 1991; 25:64-71.
 56. HAYCOX A, BAGUST A, WALLEY T. Clinical Guidelines – the Hidden Costs. *BMJ* [periódico online] 1999 Fev [capturado 2002 Jul 9];318: [14 telas] Disponível em: <http://www.bmj.com>
 57. ELLIOT D, PICO TL, VALVERDE EL, VALVERDE ML. Costos y beneficios en el tratamiento del trauma. In: *Rodrigues A, Ferrada R. Trauma*. Colombia: Sociedad Panamericana de Trauma: 1997. p.43-7.
 58. O'CONNORAM, STACEYD, ROVNER D et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software.
 59. FREEMANTLE N, HARVEY EL, WOLF F, GRIMSHAW JM, GRILLI R, BERO LA. Printed educational materials: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; (2):CD000172.
 60. PRETTO GG, IMHOF BV, ENGLERT C et al. Impacto clínico de um protocolo no manejo de dor torácica na emergência: atenuação da efetividade a longo prazo. In: Congresso de Cardiologia do Rio Grande do Sul; 2001 Out; Gramado.
 61. GUTERMAN SJ, VANROOYAN MJ. Cost-effective medicine: the financial impact that practice guidelines have on outpatient hospital charges in the emergency department. *Journal of Emergency Medicine* 1998; 16(2):215-9.
 62. SUCOV A, BAZARIAN JJ, DELAHUNTA EA, SPILLANE L. Test ordering guidelines can alter ordering patterns in na academic emergency department. *The Journal of Emergency Medicine* 1999; 17(3):391-7.
 63. HURWITZ B. Legal and political considerations of clinical practice guidelines. *BMJ* [periódico online] 1999 Mar [capturado 2002 Jul 09];318: [20 telas] Disponível em: <http://bmj.com>
 64. GALLAGHER TH, WATERMAN AD, EBERS AG, FRASER VJ, LEVINSON W. Patients' and Physicians' Attitudes Regarding the Disclosure of Medical Errors. *JAMA* 2003; 289:1001-7
 65. SILVA OB, STEIN A. Medicina Baseada em Evidências. Número necessário tratar (NNT): um parâmetro útil para analisar artigos com enfoque terapêutico ou preventivo. *Revista AMRIGS* 2001 Jul-Dez.; 45 (3,4):146-150.
 66. LIBERATIA, BUZZETTI R, GRILLI R, MINOZZI S. Which guidelines can we trust? A Evidence-based Case Review. *West J Med* 2001; 174:262-5.
 67. STOCKER K, WAITZKIN H, IRIART C. The Exportation of Managed Care to Latin America. *NEJM* 1999; 340(14) 1131-6.
 68. MASON J, ECCLES M, FREEMANTLE N, DRUMMOND M. A framework for incorporating cost-effectiveness in evidence-based clinical practice guidelines. *Health Policy* Apr 1999; 47 (1):37-52.