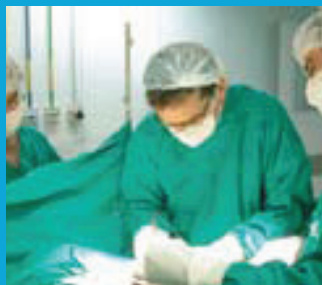
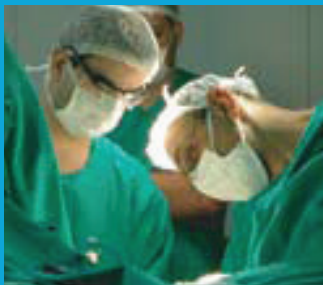


# Protocolos Clínicos



the *Journal of Applied Behavior Analysis* (JABA) and the *Journal of Experimental and Applied Behavior Analysis* (JEA).

The *Journal of Applied Behavior Analysis* (JABA) is a peer-reviewed journal that publishes research on the application of behavior analysis to various areas of human behavior.

The *Journal of Experimental and Applied Behavior Analysis* (JEA) is a peer-reviewed journal that publishes research on the experimental and applied aspects of behavior analysis.

The *Journal of Applied Behavior Analysis* (JABA) and the *Journal of Experimental and Applied Behavior Analysis* (JEA) are both published by the Society for Behavior Analysis.

The *Journal of Applied Behavior Analysis* (JABA) and the *Journal of Experimental and Applied Behavior Analysis* (JEA) are both published quarterly.

The *Journal of Applied Behavior Analysis* (JABA) and the *Journal of Experimental and Applied Behavior Analysis* (JEA) are both published in English.

The *Journal of Applied Behavior Analysis* (JABA) and the *Journal of Experimental and Applied Behavior Analysis* (JEA) are both published in the United States.

The *Journal of Applied Behavior Analysis* (JABA) and the *Journal of Experimental and Applied Behavior Analysis* (JEA) are both published in the field of behavior analysis.

The *Journal of Applied Behavior Analysis* (JABA) and the *Journal of Experimental and Applied Behavior Analysis* (JEA) are both published in the field of applied behavior analysis.

The *Journal of Applied Behavior Analysis* (JABA) and the *Journal of Experimental and Applied Behavior Analysis* (JEA) are both published in the field of experimental behavior analysis.

The *Journal of Applied Behavior Analysis* (JABA) and the *Journal of Experimental and Applied Behavior Analysis* (JEA) are both published in the field of behavior analysis.

The *Journal of Applied Behavior Analysis* (JABA) and the *Journal of Experimental and Applied Behavior Analysis* (JEA) are both published in the field of applied behavior analysis.

The *Journal of Applied Behavior Analysis* (JABA) and the *Journal of Experimental and Applied Behavior Analysis* (JEA) are both published in the field of experimental behavior analysis.

The *Journal of Applied Behavior Analysis* (JABA) and the *Journal of Experimental and Applied Behavior Analysis* (JEA) are both published in the field of behavior analysis.

The *Journal of Applied Behavior Analysis* (JABA) and the *Journal of Experimental and Applied Behavior Analysis* (JEA) are both published in the field of applied behavior analysis.

The *Journal of Applied Behavior Analysis* (JABA) and the *Journal of Experimental and Applied Behavior Analysis* (JEA) are both published in the field of experimental behavior analysis.

The *Journal of Applied Behavior Analysis* (JABA) and the *Journal of Experimental and Applied Behavior Analysis* (JEA) are both published in the field of behavior analysis.

The *Journal of Applied Behavior Analysis* (JABA) and the *Journal of Experimental and Applied Behavior Analysis* (JEA) are both published in the field of applied behavior analysis.

The *Journal of Applied Behavior Analysis* (JABA) and the *Journal of Experimental and Applied Behavior Analysis* (JEA) are both published in the field of experimental behavior analysis.

The *Journal of Applied Behavior Analysis* (JABA) and the *Journal of Experimental and Applied Behavior Analysis* (JEA) are both published in the field of behavior analysis.

# CADERNO DE PROTOCOLOS CLÍNICOS DA **FHEMIG**

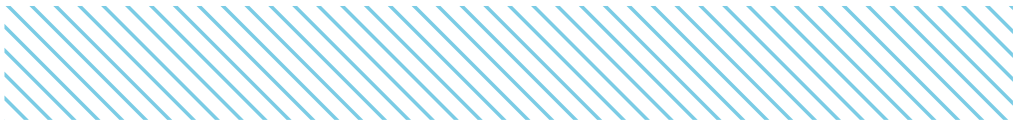
**SEGUNDA EDIÇÃO**  
(REVISADA E AMPLIADA)





# CADERNO DE PROTOCOLOS CLÍNICOS DA FHEMIG

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



## **EDITORES**

Dr. Francisco Carlos de Souza

Dra. Valda Maria Franqueira Mendonça

Dr. Guilherme Freire Garcia

## FICHA CATALOGRÁFICA

**F438** FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS – FHEMIG  
Caderno de Protocolos Clínicos/ Organizadores: Francisco  
Carlos de Souza, Valda Maria Franqueira Mendonça,  
Guilherme Freire Garcia . – Belo Horizonte: FHEMIG, 2010.

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 – 2010

Direitos exclusivos para língua portuguesa

Copyright 2009 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](http://www.fhemig.mg.gov.br) – email: [fhemig@fhemig.mg.gov.br](mailto:fhemig@fhemig.mg.gov.br).

[faleconosco@fhemig.mg.gov.br](mailto:faleconosco@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 - FHEMIG.

## **FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS**

Antônio Augusto Junho Anastasia

GOVERNADOR

Antônio Jorge de Souza Marques

SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE

Antônio Carlos de Barros Martins

PRESIDENTE

Christiano Augusto Bicalho Canêdo

VICE-PRESIDENTE

Fernando Eduardo Guimarães de Carvalho

CHEFE DE GABINETE

Alcy Moreira dos Santos Pereira

DIRETOR ASSISTENCIAL

Mércia Fátima Cardoso de Andrade

DIRETORA DE PLANEJAMENTO GESTÃO E FINANÇAS

Josiano Gomes Chaves

DIRETOR DE DESENVOLVIMENTO ESTRATÉGICO E PESQUISA

Artur Peretz Lichter

DIRETOR DE ENSINO E DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS

Julio César Pinto

PROCURADOR-CHEFE

Alexandre Gorgulho Cunningham

AUDITOR SECCIONAL

Christina Marândola

ASSESSORA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL

## **COMISSÃO DE PROTOCOLOS CLÍNICOS DA FHEMIG**

Dr. Francisco Carlos de Souza (coordenador)

Dr. Guilherme Freire Garcia

Dra. Valda Maria Franqueira Mendonça

Enfa Janete Mendes Carvalho

Dra. Adriana Carla de Miranda Magalhães

Farm. Tânia Azevedo Anacleto

## **COMISSÃO INICIAL DE PROTOCOLOS CLÍNICOS DA FHEMIG**

Dra. Fátima Lúcia Guedes Silva

Enfa. Placidina Ferreira de Sousa

Enfa. Elizabeth Canuta dos Santos

Dr. Francisco Carlos de Souza (coordenador)

Dr. José Tarcísio Portela

Dra. Valda Maria Franqueira Mendonça

Dr. Frederico José Amedée Peret

Dra. Maria do Socorro Alves Lemos



## **UNIDADES ASSISTENCIAIS DA REDE FHEMIG POR COMPLEXOS HOSPITALARES**

### Complexo de Urgência e Emergência

- Hospital Infantil João Paulo II – HIJPII
- Hospital João XXIII – HJXXIII
- Hospital Galba Veloso Ortopédico – HGVO
- Hospital Maria Amélia Lins – HMAL
- Hospital Cristiano Machado – HCM – Sabará

### Complexo de Hospitais Gerais

- Hospital Júlia Kubitscheck – HJK
- Hospital Regional Antônio Dias – HRAD – Patos de Minas
- Hospital Regional de Barbacena – HRB
- Hospital Regional João Penido – HRJP – Juiz de Fora

### 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 – Ubá
- Casa de Saúde Santa Fé – CSSF – Três Corações
- Casa de Saúde Santa Izabel – CSSI – Betim
- Casa de Saúde São Francisco de Assis – CSSFA – Bambuí

### Complexo de Saúde Mental

- Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena – CHPB
- Centro Mineiro de Toxicomania – CMT
- Centro Psíquico da Adolescência e da Infância – CEPAI
- Hospital Galba Velloso – HGV
- Instituto Raul Soares – IRS

### Complexo MG Transplantes



# PREFÁCIO



## A FALA DO PRESIDENTE

“Compete ao médico aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente”. Este é um dos princípios fundamentais do novo Código de Ética Médica, Resolução CFM Nº 1931/2009. “O médico generalista, para manter-se atualizado, deveria examinar 17 artigos ao dia, todos os dias do ano”, segundo Davidoff et al: Evidence based medicine: a new journal to help doctors identify the information they need. BMJ 310: 1085, 1993.

Apesar de todos os avanços científicos ocorridos nas diversas áreas do cuidado em saúde e de sua disponibilização através da web, os profissionais ainda encontram inúmeros obstáculos no acesso às informações atualizadas, confiáveis e validadas internacionalmente. Cabe aos gestores da saúde a implementação de políticas, ações e programas que irão agregar qualidade, eficácia e eficiência aos serviços prestados.

A Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - FHEMIG, com suas 22 unidades na capital e interior do Estado de Minas Gerais, tem a responsabilidade de entregar à população serviços de qualidade e humanizados, de média e de alta complexidade. Como gestores, temos a obrigação de garantir que nossos profissionais estejam qualificados e treinados na utilização de todas suas capacidades e dos conhecimentos disponíveis em prol dos usuários do SUS.

Adotar a estratégia de gestão da clínica, utilizando Protocolos Clínicos desenvolvidos por profissionais que atuam na ponta do sistema assistencial da sua rede, trouxe à FHEMIG transparência e profissionalismo à gestão. Por meio do monitoramento e revisão periódica desses processos, pretende-se reduzir sua variabilidade e obter resultados mais efetivos.

O profissional, sobrecarregado pelo sistema e sem tempo de “aprimorar continuamente seus conhecimentos científicos”, encontra nos Protocolos Clínicos esta oportunidade, facilitando e agregando valores às ações no dia-a-dia a favor da preservação da vida.

Lucram os profissionais e os gestores com a adequação de recursos tecnológicos e humanos, e, principalmente nossos clientes, nosso objetivo maior.

*Antônio Carlos de Barros Martins*  
*Presidente da FHEMIG*

# APRESENTAÇÃO

“Um Projeto em busca de melhoria da qualidade de atenção à saúde”

Apresentamos o primeiro volume de Protocolos Clínicos da FHEMIG baseado na sistematização do conhecimento atual sobre métodos diagnósticos e abordagens terapêuticas. Esse projeto objetiva promover maior segurança e qualidade ao atendimento que prestamos. Mais do que uma normalização de condutas, pretende-se com esse 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 esse 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 intersubjetivas e suas singularidades. Para nós, profissionais de saúde e cuidadores, esse 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 esse 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 esse 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 primeiro objetivo 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 diz 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.

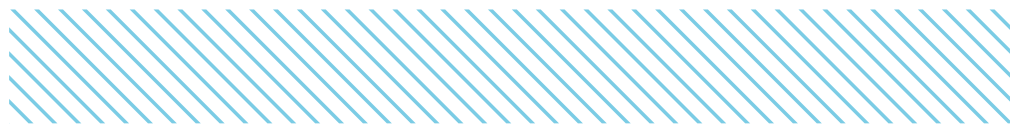
Novos desafios já despontam, pela necessidade notória de convocar as outras áreas afins como a enfermagem, a farmácia, a fisioterapia, a fonoaudiologia, a psicologia, a nutrologia, a odontologia, o que dará a dimensão transdisciplinar que a assistência requer.

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 engrandecem a instituição, e convida para a continuidade desta tarefa nos próximos volumes.



## AGRADECIMENTOS

### AGRADECIMENTO ESPECIAL:

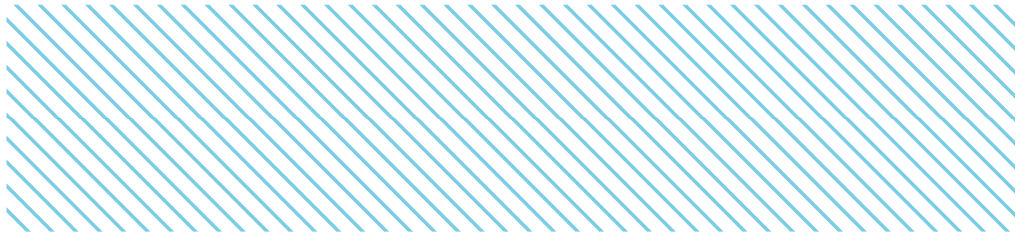
A Comissão de Protocolos Clínicos expressa a gratidão pelo apoio diário de todos os assessores e supervisores da DIRASS.

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 Social 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.

Essas 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 .....	16
2.	O PROJETO CINCO ANOS DEPOIS .....	17
3.	INTRODUÇÃO .....	18
4.	UMA VISÃO SOBRE A MBE .....	19
5.	MÉTODOS E MATERIAIS .....	21
	Envolvimento dos executores finais das unidades	
	Definição e métodos de seleção dos temas e protocolos	
	Orientação para grau de recomendação e nível de evidência	
	Validação interna dos Protocolos eleitos	
6.	IMPLANTAÇÃO E CONTINUIDADE DOS PROTOCOLOS .....	23
7.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	24
8.	ANEXOS	
	Tabela I .....	25
	Tabela II .....	26
	Tabela III .....	27
9.	PROTOCOLOS CLÍNICOS	
1.	Atendimento ao Paciente Vítima de Traumatismo Cranioencefálico Leve .....	30
2.	Protocolo de Atendimento ao Paciente Vítima de Traumatismo Abdominal.....	41
3.	Sepse Grave e Choque Séptico.....	48
4.	Pré-Eclâmpsia.....	81
5.	Prematuridade .....	90
6.	Acompanhamento Ambulatorial do Paciente com HIV/AIDS.....	97
7.	Abordagem e Acompanhamento Ambulatorial do Paciente com Hepatite Viral Aguda .....	102
8.	Convulsão no Recém-nascido.....	117
9.	Protocolo de Intubação em Seqüência Rápida em Pediatria .....	123
10.	Atendimento Terciário das Lesões Traumáticas do Quadril e Pelve .....	135
11.	Protocolo para Tratamento da Fratura-luxação Trans-escafooperisemilunar do Carpo e da Luxação Perisemilunar do Carpo.....	148
12.	Tratamento das Hepatites Virais Crônicas B, C e Co-infectados HIV ...	154
13.	Tratamento de Feridas Hospitalares I Úlceras por Pressão.....	203
14.	Uroginecologia .....	221
15.	Manejo Hospitalar da Tuberculose.....	231
16.	Abordagem do Paciente em Síndrome de Abstinência Alcólica: Diagnóstico, avaliação e tratamento. ....	243
17.	Apendicectomia.....	254
18.	Protocolo de Captação de Doadores de Tecidos Oculares para Transplante	259
19.	Tratamento Primário das Fraturas Expostas.....	271
20.	Linha Guia para o Manejo Clínico do Paciente com Influenza por Cepa Emergente Potencialmente Pandêmica.....	285
21.	Asma na Infância .....	300
22.	Cuidados com o paciente em morte encefálica ou suspeita de morte encefálica. ....	309
23.	Protocolo de Traumatismo Raquimedular (tratamento agudo) .....	321
24.	Protocolo de Cuidados ao Idoso e Reabilitação.....	327
25.	Triagem Nutricional em pacientes adultos .....	364

# 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”<sup>1</sup>

Com 33 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<sup>1</sup>.

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.

Nesse 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<sup>2,3,4,5,6,7</sup>. 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)<sup>8</sup>. 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, nesse 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 CINCO ANOS DEPOIS

A Portaria Presidencial da FHEMIG No. 262/2005 instituiu a Comissão Permanente Central de Protocolos Clínicos e a Portaria No. 293/2006 determinou aos Diretores das Unidades Assistenciais da Rede instituir, através de Ordem de Serviço, as Comissões Locais de Protocolos Clínicos (CLPC). Os decretos No. 43.676/2003 e No. 44.466/2007 da FHEMIG regulamentam a padronização de medicamentos e insumos hospitalares, definindo a implantação de protocolos para a sua utilização sob competência da Diretoria Assistencial - DIRASS.

A utilização de diretrizes clínicas leva a diminuição dos riscos para os usuários, homogeneiza condutas clínicas, garante qualidade quando baseada nas melhores evidências científicas disponíveis, além de ser um produto facilitador para a educação dos profissionais. Os protocolos continuam chegando, e como previsto no projeto inicial, novos desafios vão surgindo. A sensibilização dos profissionais é atividade contínua tanto na construção como na aplicação dos protocolos na ponta do sistema.

Definiu-se como implementação as estratégias de treinamento e sensibilização dos profissionais sobre a importância do uso dos protocolos e do monitoramento dos resultados para identificação e correção das inconformidades.

O novo paradigma “gestão da clínica” tem sido comparado pelos seus apologistas notáveis, à clássica gestão de meios, centrada apenas em recursos humanos, materiais e financeiros. Nesta comparação consideram que há ganho de eficácia e eficiência nos sistemas de saúde na utilização da primeira.

Avançou-se na adequação dos recursos materiais e na identificação das necessidades de recursos humanos qualificados. As diretorias e gerências assistenciais tem investido na solidificação das CLPC, disponibilizando recursos humanos específicos. Os treinamentos têm sido constantes e redirecionados pelo que se aprende ao fazê-los. Notou-se rapidamente a interdisciplinaridade dos protocolos envolvendo, por vezes, 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 a incorporação de processos no trabalho e a racionalização dos investimentos em inovações tecnológicas são batalhas intrínsecas a esse processo.

Para avaliar resultados é necessário medir, ao que se chamou de monitorizar ou gerenciar. Como ainda não há este hábito, essa tarefa de aspecto impossível à primeira vista torna-se viável com esta perspectiva de designação de pessoal específico para coletar e organizar dados, com a escolha de poucos protocolos (carros-chefe das unidades) para monitorização e perspectiva de informatização plena.

Cinco anos após, ainda há que avançar no processo de medir os resultados do projeto Protocolos Clínicos, desenvolvendo a indispensável ferramenta moderna de gerência que é a informatização plena da atenção e gerenciamento das unidades. Ato pioneiro, a inclusão dos protocolos no Sistema Informatizado de Gestão Hospitalar (SIGH) adiciona qualidade e segurança no monitoramento, agilizando o gerenciamento das inconformidades em tempo hábil garantindo melhora contínua na atenção aos usuários do SUS.

Por último, como garantir a perenidade do processo? É necessário manter uma cadeia de esforços, desde decisão gerencial, a estrutura de CLPC funcionantes e reconhecidas, protocolos atualizados, sensibilização para a cultura de se trabalhar com protocolos e apoio material e de 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 clínica<sup>5</sup>. É vasta na literatura médica a informação sobre a elaboração, crítica e apologias de diretrizes terapêuticas<sup>2-7, 9</sup>. 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 extrair da MBE o máximo de sua contribuição para os propósitos dessas 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.

## UMA VISÃO SOBRE A MBE

Ao 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”.<sup>5</sup> Vasconcellos, Silva atribui a Drummond (in: Medicina baseada em evidências. São Paulo: Atheneu; 1998) a afirmativa de que a MBE se apoia 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 defensores 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”<sup>10</sup>. 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 acrílica 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 atrofia do discernimento profissional e da razão prática dadas as circunstâncias extra-clínicas de difícil parametrização<sup>9</sup>. 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*  
*Dra. 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 AGREE<sup>9</sup>, 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)”<sup>4</sup> à semelhança da adaptação feita pelo Projeto Diretrizes da AMB/CFM<sup>2</sup> 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<sup>2,5,7</sup> e para avaliação qualitativa de protocolos<sup>9</sup>. 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) julgassem 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 literatura<sup>2,7</sup>. Evidenciam-se entre elas pequenas variações metodológicas. Buscou-se neste trabalho nortear por alguns princípios como: protocolos que se pautem por Exequibilidade – 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 cinco 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 segunda edição do “Caderno”, embora, desde maio de 2006 houvésssemos 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 2010.

# 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](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 nº 816, 31 de maio de 2005. Diário Oficial da União nº 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	
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>44</b>	<b>11 a 44</b>

Cálculo % = soma (4ª coluna – 2ªcoluna / 3ªcoluna-2ªcoluna)			Semelhante ao "AGREE"
--	--	--	--------------------------

Percentual do Avaliador 1			
Percentual do Avaliador 2			
Percentual do Avaliador 3			
Percentual do Avaliador 4			

<b>AVALIAÇÃO PERCENTUAL FINAL</b>	<b>média avaliadores 1,2,3 e 4</b>		
-----------------------------------	------------------------------------	--	--

**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; 1º 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; 1º 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 TTº 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 TTº TERCIÁRIO
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

A	01	Revisão sistemática de ensaios controlados aleatorizados
	02	Ensaio controlado e aleatorizado de IC* pequeno
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
C	09	Série de casos ou opinião de especialistas
D	10	Consenso ou opinião de especialistas

##### Estudos Diagnósticos

A	01	Revisão sistemática de estudos melhor desenhados
	02	Padrão ouro + observação cega + seleção adequada
	03	Alta sensibilidade e/ou alta especificidade
B	04	Revisão sistemática de estudos pior desenhados
	05	Padrão ouro + observação cega ou seleção adequada
	06	-
	07	-
	08	Observação cega + seleção adequada sem padrão ouro
C	09	Padrão ouro ou observação cega ou seleção adequada
D	10	Consenso ou opinião de especialistas

\*Intervalo de Confiança

Adaptado de Projeto Diretrizes AMB-CFM