

Protocolos de Atendimento: uma Ferramenta Alternativa Para a Redução de Custos e Melhoria dos Serviços Em Hospitais Universitários

Umbelina Cravo Teixeira Lagioia

Flávia Felix da Silva

Valéria Maria Ribeiro de Sá

Luiz Carlos Miranda

James Anthony Falk

Resumo:

Esta pesquisa tem a intenção de estudar o uso de protocolos de atendimento como uma alternativa usada para a redução de custos e para promover uma melhoria dos serviços prestados em um segmento específico da rede pública hospitalar, os Hospitais Universitários. Para isso, inicialmente é apresentada a situação dos hospitais públicos conforme suas necessidades financeiras, exigências do mercado e carência de instrumento para gerenciamento dos seus custos. A necessidade de redução de custos e da melhoria dos serviços prestados pela rede hospitalar (seja ela pública ou não) é um dos assuntos mais discutidos atualmente pela comunidade médica e administrativa. Desta forma, em um segundo momento propõe-se uso de protocolos de atendimento como ferramenta gerencial capaz de suprir a carência vigente, uma vez contribui para o aumento da eficiência dos serviços prestados, para a redução dos custos e servindo como fonte informativa para nortear as tomadas de decisão do gestor da área de saúde. O artigo finaliza com uma análise de resultados em instituições de saúde que utilizam os protocolos. A adoção dos protocolos de atendimento sugerem a criação de procedimentos padrões para serem aplicados em determinadas patologias. Além disso, acredita-se também que o uso de regras pré-determinadas no processo de diagnóstico reduzem o tempo na tomada de decisão e são particularmente importante em processos emergenciais.

Área temática: *A Mensuração de Custos na Saúde*

**PROTÓCOLOS DE ATENDIMENTO: UMA FERRAMENTA ALTERNATIVA
PARA A REDUÇÃO DE CUSTOS E MELHORIA DOS SERVIÇOS EM
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS**

TRABALHO 14.253

RESUMO

Esta pesquisa tem a intenção de estudar o uso de protocolos de atendimento como uma alternativa usada para a redução de custos e para promover uma melhoria dos serviços prestados em um segmento específico da rede pública hospitalar, os Hospitais Universitários. Para isso, inicialmente é apresentada a situação dos hospitais públicos conforme suas necessidades financeiras, exigências do mercado e carência de instrumento para gerenciamento dos seus custos.

A necessidade de redução de custos e da melhoria dos serviços prestados pela rede hospitalar (seja ela pública ou não) é um dos assuntos mais discutidos atualmente pela comunidade médica e administrativa. Desta forma, em um segundo momento propõe-se uso de protocolos de atendimento como ferramenta gerencial capaz de suprir a carência vigente, uma vez contribui para o aumento da eficiência dos serviços prestados, para a redução dos custos e servindo como fonte informativa para nortear as tomadas de decisão do gestor da área de saúde.

O artigo finaliza com uma análise de resultados em instituições de saúde que utilizam os protocolos. A adoção dos protocolos de atendimento sugerem a criação de procedimentos padrões para serem aplicados em determinadas patologias. Além disso, acredita-se também que o uso de regras pré-determinadas no processo de diagnóstico reduzem o tempo na tomada de decisão e são particularmente importante em processos emergenciais.

Palavras-chave: Redução de Custos, Hospitais Universitários, Serviços

Área Temática 14) A Mensuração de Custos na Saúde

PROTÓCOLOS DE ATENDIMENTO: UMA FERRAMENTA ALTERNATIVA PARA A REDUÇÃO DE CUSTOS E MELHORIA DOS SERVIÇOS EM HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS

1. INTRODUÇÃO

Nos últimos anos observou-se uma crescente preocupação com o controle dos custos na área da saúde. Diversos aspectos justificam esta preocupação, como os crescentes gastos públicos na área, os problemas relacionados ao financiamento desses gastos, a grande necessidade e ainda pequena disseminação de métodos adequados de apuração ou mensuração de custos, a importância de seu gerenciamento e acompanhamento, a necessidade de controle desses custos e uso adequado das informações obtidas como instrumento de decisão e análise. Por fim a ausência políticas para solução dos problemas existentes.

Quando o assunto se direciona para a realidade hospitalar, a sua discussão torna-se ainda mais importante e abrangente. Na opinião de Beulke et al (1997), os hospitais constituem, na realidade, não um empreendimento único, mas um conjunto de diversos “empreendimentos”. No citado segmento encontram-se, por exemplo, a lavanderia, a hotelaria (internação), o restaurante (nutrição), o centro cirúrgico, e cada um desses setores possuem peculiaridades administrativas distintas. Falk (2001) complementa esse pensamento quando afirma que a análise dos custos hospitalares nunca será perfeita devido ao tipo de cliente atendido.

Clientes diferem por conta do gênero, idade, ou devido à resistência física e emocional de cada um, apresentando custos variáveis diferentes com base na quantidade de serviços/atividades necessários para a recuperação total de sua saúde. O cálculo dos custos, em face dessas características citadas, torna-se particularmente complexo e de grande importância para os gestores dessas instituições.

Martins (2000) sugere que um sistema de custos hospitalares deva proporcionar informações para o estabelecimento de um orçamento e dos custos-padrão. O orçamento é a expressão escrita do programa de trabalho para o hospital. Por outro lado, o custo-padrão refere-se aos custos diretos e indiretos predeterminados. São utilizados para fixação de preços e é importante estabelecê-los a níveis realísticos.

A construção de um sistema de custos hospitalares requer, segundo Martins (op cit), o entendimento dos seguintes fatores:

- a estrutura organizacional do hospital;
- os procedimentos médicos;
- o tipo de informação de custos hospitalares desejados.

O sistema deve corresponder à divisão organizacional da autoridade de maneira que os responsáveis pelos diversos “empreendimentos” sejam também responsáveis pelas prestações de contas dos custos incorridos em suas áreas. Deve também refletir a forma de como os procedimentos médicos foram realizados, indicando quais foram os materiais utilizados ou que tipo de serviços foram necessários para conclusão final do diagnóstico.

Entretanto, deve-se ressaltar que diversos fatores influenciam os resultados de um sistema de custos hospitalar, sendo dois deles particularmente importantes: a *taxa de ocupação* e a *média de permanência*. Quanto maior for a taxa de ocupação, maior será o percentual de leitos ocupados, que trará uma diluição nos custos fixos. Por outro lado, a média de permanência representa o número de dias que o paciente permanece ocupando um leito. Nesse caso, quanto menor for esse número, melhor para a instituição, pois terá uma maior rotatividade dos leitos e conseqüentemente maior número de altas que produzirão um maior número de faturas no mesmo período.

2. OS CUSTOS HOSPITALARES NAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE PÚBLICA

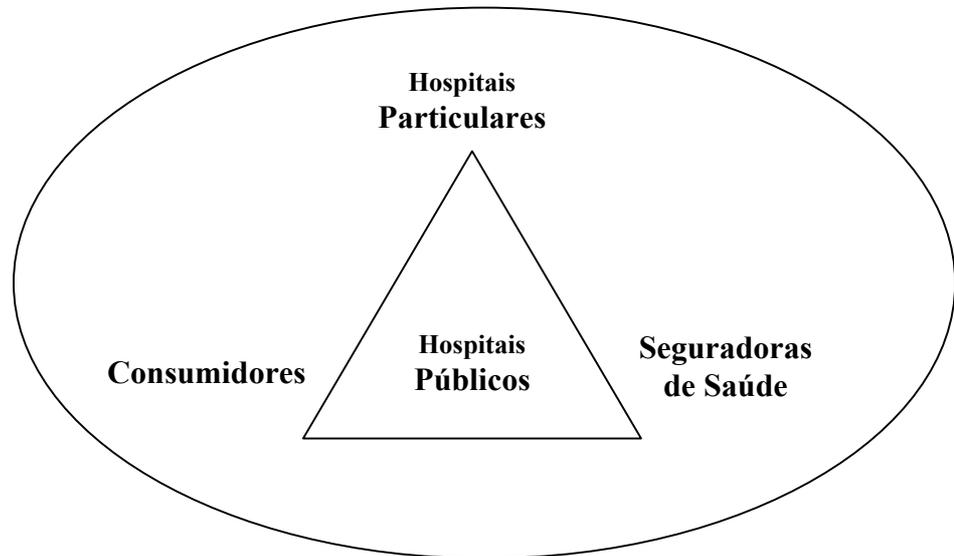
Para um hospital público, o controle das duas variáveis, taxa de ocupação e média de permanência, envolve outros fatores que vão além dos contidos na abordagem tradicional de custos, mas que Evans (2001) os classifica como sendo “custos sociais”. Os usuários desse sistema normalmente possuem uma condição social menos favorecida, que os leva a permanecer por mais dias ocupando um leito hospitalar. Não raro, esses pacientes vêm de regiões periféricas e interioranas e em precárias condições físicas, o que torna, na maioria dos casos, o tratamento mais lento se comparados aos pacientes egressos da rede particular de saúde. Dessa forma, os diretores dessas instituições devem equacionar seus custos de forma a não prejudicar essa fatia menos favorecida da sociedade e tão necessitada de tratamento médico-hospitalar.

Entretanto, o que se observa nos últimos anos é que os serviços de saúde oferecidos pelo setor público não vêm atendendo satisfatoriamente às necessidades dessa crescente demanda populacional, cuja tendência é atingir níveis de expectativas de vida cada vez maiores. Basicamente, pode-se afirmar que os hospitais públicos estão enfrentando novos desafios ocasionados principalmente por três grandes mudanças no mercado no qual estão inseridos:

- a) Os hospitais pertencentes à rede privada cada vez mais primam pela eficiência dos serviços prestados, tornando o ambiente bastante competitivo;
- b) Os consumidores, atentos a essa nova realidade, cobram por uma melhoria no atendimento, por diagnósticos mais precisos, por equipamentos mais modernos e por instalações adequadas;
- c) As seguradoras de saúde, sejam elas públicas ou privadas, estão aderindo cada vez mais ao sistema de pagamento por “pacote” ou por “procedimentos específicos”, demandando dos hospitais um rígido controle dos seus custos para que não venham a sofrer prejuízos futuros.

Esse cenário pode ser melhor visualizado na figura 01, abaixo:

Figura 01: Principais atores que integram o Sistema de Saúde Brasileiro



Fonte: autora da pesquisa

Para sobreviverem a essa nova conjuntura, os hospitais públicos vêm sendo forçados a realizarem sucessivas mudanças, tanto no que diz respeito ao aspecto infra-estrutural como ao aspecto administrativo. Cada vez mais se discute a aplicabilidade de planos de metas, indicadores de desempenho, programas de redução de gastos e fontes alternativas de financiamento, só para citar alguns itens. Na opinião Stolzenber (2000), esses hospitais, a fim de preservarem sua missão, necessitam rever sua forma de governança para que possam competir de forma mais eqüitativa no mercado.

Uma das formas atualmente discutida pela comunidade médica e administrativa como sendo uma ferramenta auxiliar na redução de custos e na melhoria dos serviços prestados pela rede hospitalar (seja ela pública ou não) é a utilização de **protocolos de atendimentos médicos**. O jornal publicado pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (2002) informa que:

“Observa-se hoje uma grande quantidade de protocolos, "guidelines", diretrizes e consensos publicados por sociedades médicas, órgãos governamentais, hospitais e seguradoras. O impacto do uso desses documentos é ainda pequeno. Uma das principais causas para essa baixa aderência é o fato da população médica alvo não ter participado da discussão para criação destes protocolos; daí, muitas vezes, a resistência”.

Utilizar protocolos de atendimento significa criar procedimentos padrões para serem aplicados em determinadas patologias. “Para a criação de uma sistematização de atendimento são necessários conhecimentos básicos de epidemiologia clínica, para que se procure na literatura médica as melhores evidências científicas que serão utilizadas na elaboração de um protocolo”. (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2002). Acredita-se também que o uso de regras pré-determinadas no processo de diagnóstico reduzem o

tempo na tomada de decisão e são particularmente importante em processos emergenciais.

Diante desse contexto, a intenção desta pesquisa é a de estudar o uso de protocolos de atendimento como uma alternativa usada para a redução de custos e para promover uma melhoria dos serviços prestados em um segmento específico da rede pública hospitalar, formado pelos Hospitais Universitários.

3 HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS

Os Hospitais Universitários (HU's) são hospitais - escolas cujo objetivo precípuo é dar apoio acadêmico e profissional aos estudantes da área de saúde destas universidades, através do atendimento à população. Esses hospitais sempre gozaram no Brasil de um conceito extremamente alto, graças à qualidade de sua assistência médica e à capacidade profissional de seus corpos clínico, cirúrgico e auxiliar (Castellani, 1996). O Jornal da ANDIFES (2002), no seu Editorial informa que:

Entre os Hospitais Universitários, os que compõem a rede dos vinculados às Instituições Federais de Ensino Superior (IFES)ⁱ respondem por um milhão de consultas por mês e têm 10.000 leitos. Eles formam a maior rede pública de atendimento de saúde no Paísⁱⁱ

A realidade brasileira de assistência à saúde mostra uma situação onde há uma grande carência de instituições prestadoras de serviços, e, por conseqüência, os HU's acabaram por absorver uma demanda populacional muito além daquela para qual inicialmente se constituem seus objetivos. Como 24 das IFES têm hospitais de ensino, algumas com mais de uma unidade, o total existente no país soma 45 hospitais universitários.

Como conseqüência dessa situação, até mesmo esses hospitais estão passando por dificuldades para cumprir sua missão, não devido à perda da capacidade de seus profissionais, mas sim, por diminuição de sua capacidade de atendimento, devido não só a super lotação – mal crônico de todos os hospitais públicos – mas, também, às divisas crescentes, à mingua da dotação orçamentária, a cada vez mais aguda escassez de recursos humanos e ao modelo muitas vezes errôneo de gerenciamento dos hospitais de ensino (Castellani, 1996).

De acordo com Lobach et al (1998), a necessidade em conter a escalada das despesas geradas pelos procedimentos médicos, aliada à falta de precisão existente na quantificação do valor dos serviços de saúde, vem pressionando administradores e médicos a buscarem cada vez mais a eficiência, a qualidade e a redução dos custos nos processos de prestação de serviços hospitalares. A avaliação desses processos revelam que diante de uma mesma patologia, existe uma extensiva variação de modelos no que diz respeito a técnica utilizada (práticas médicas) e ao custo despendido. Em resposta a essa variação, os profissionais da área médica juntaram esforços no sentido de definir uma “abordagem padrão” que melhor pudesse encaminhar uma determinada forma de tratamento. Como resultado, foram desenvolvidos “protocolos de atendimento”, que também são conhecidos como “*pathway*”, “*guidelines*” ou “*clinical practice improvement*”

O relatório do Instituto de Medicina de Washington define protocolos de atendimento como sendo:

Systematically developed statements to assist practitioner and patient (in making) decisions about appropriate health care for specific clinical circumstances. Practice guidelines assist patient and practitioners in making decisions about health care. Guidelines focus on specific clinical circumstances, which may sometimes include clinically relevant organizational factors, community characteristics, social variables, and similar influences on health care delivery. They should be developed in a formal, systematic way that is fully documented.ⁱⁱⁱ

Na opinião de Archer et al (1997) os protocolos são “*an optimal sequencing and timing of interventions by physicians, nurses, and others staff for a particular diagnosis or procedure*”.

4 UTILIZAÇÃO DE PROTOCOLO DE ATENDIMENTO

A idéia de utilizar protocolos nasceu dentro da engenharia civil, onde se buscava o máximo de eficiência no uso dos recursos através da criação de modelos de procedimentos para serem utilizados nas construções. Posteriormente, esse raciocínio foi adaptado para a medicina, através da criação de diagnósticos padrões para serem utilizados no trato com os pacientes. Em meados de 1974, foram implantados os primeiros protocolos em unidades intensivas com o objetivo de padronizar o tratamento e se certificar que nenhum detalhe importante seria omitido no diagnóstico do paciente. Contudo, somente ao fim de 1980, pressionados por mudanças que permeavam o mercado, os protocolos médicos foram de fato implementados.

À medida que a complexidade na forma de reembolso dos procedimentos crescia, hospitais e seguradoras voltaram suas atenções na forma de como os médicos desempenhavam as suas funções. Nessa mesma época, os conceitos de qualidade e de resultados eficientes também passaram a ganhar força dentro da área da saúde. Várias ferramentas passaram a ser desenvolvidas no sentido de atender as crescentes expectativas por melhores serviços prestados, e, desta forma, os protocolos de atendimentos ganharam cada vez mais espaço para que esses objetivos pudessem ser atingidos.

Os protocolos foram desenvolvidos para diagnosticar procedimentos que envolvam grandes riscos e/ou altos custos. Teoricamente, pacientes atendidos através de protocolos recebem tudo que precisam, por um período considerado ideal. Essa forma de tratamento é considerada particularmente atrativa num mercado que busca formas ideais de reembolso por atividades, contratos de prestação de serviços e capitação de recursos.

Inicialmente os protocolos foram desenvolvidos para serem utilizados por enfermeiras e outros profissionais (excetuando os próprios médicos) que estão diretamente relacionados ao cuidado com o paciente. Contudo, com o crescimento da necessidade da “medicina eficiente”, os médicos também entraram no processo de uso dos protocolos. A partir daí, diferenças que porventura pudessem existir entre formas de agir apresentadas pelos médicos, eram dissolvidas e unificadas em um procedimento padrão, de forma que todos os pacientes tivessem praticamente as mesma intervenções independente do profissional que o atendesse.

De acordo com Archer et al (op cit),

Clinical path differ from physician-based algorithms, such as advanced cardiac support, in that these pathways include the care given by all personnel involved with the patient and incorporate a mechanism to track problems (or variances) from the pathway. One of the most useful characteristics of clinical paths is that they provide a visual overview of each patient's care with specific outcomes stated that can be seen by everyone caring for the patients, as well as by the patient themselves.

Horn et al (1997) ensinam que ao invés de focar apenas os procedimentos médicos, os protocolos de atendimento também analisam o conteúdo e o tempo despendido em cada etapa do processo de tratamento para determinar como obter um melhor resultado com um mínimo de custo durante todo o trato com o paciente.

O uso dos protocolos auxiliam os médicos na escolha da melhor intervenção a ser utilizada de acordo com a complexidade da patologia apresentada. Essa metodologia avalia não apenas a variação dos custos, a média de permanência e o grau de mortalidade decorrente de possíveis intervenções médicas, mas também pode mensurar a morbidade decorrente de mudanças nos sintomas e sinais fisiológicos dos pacientes. O objetivo é determinar as melhores práticas durante todo o tratamento e identificar as informações críticas que sirvam de suporte clínico para tomada de decisões.

Os protocolos de atendimento podem atender a múltiplas proposições, quais sejam:

- Promover um incremento no resultado dos tratamentos médicos;
- Reduzir a variação no tratamento médico dado pelos profissionais em diferentes áreas geográficas,
- Reduzir o risco decorrente de procedimentos médicos ineficazes;
- Reduzir o custo dos procedimentos médicos;
- Elevar a qualidade dos serviços prestados.
- Gerar inferências estatísticas válidas, com informações sobre os procedimentos médicos mais usuais;
- Criar um “*feedback*” sobre os procedimentos praticados, de forma que os profissionais da área possam avaliar com mais objetividade os efeitos do tratamento efetuado;
- Criar de um laboratório, construído dentro da observação de práticas diárias, com o objetivo de selecionar as mais bem sucedidas.

Lobach et al (op cit) afirmam que o conteúdo dos protocolos de atendimentos pode ser estruturado em vários formatos diferentes de forma a facilitar a tomada de decisões. Alguns desses formatos incluem algoritmos de administração de pacientes, critérios de conveniências, mapas de cuidados críticos, “*benchmarks*” de performance

clínico, dentre outros. A escolha do formato depende da proposta do protocolo, da intenção do usuário, da forma de cuidados prestado e da qualidade e transparência da evidência científica que se deseja alcançar.

Na opinião de Horn et al (op cit), a força principal dos protocolos deriva do uso de informações após uma rigorosa análise estatística onde se determina associações entre as práticas médicas e os resultados alcançados, controlando-se as diferenças individuais de cada paciente. No entanto, sua aplicação não é tão fácil. Requer envolvimento multidisciplinar, profissionais competentes tanto da área médica como da administrativa, grandes investimentos em pesquisas, um bom sistema de informações e acima de tudo, muito estudo e experiência.

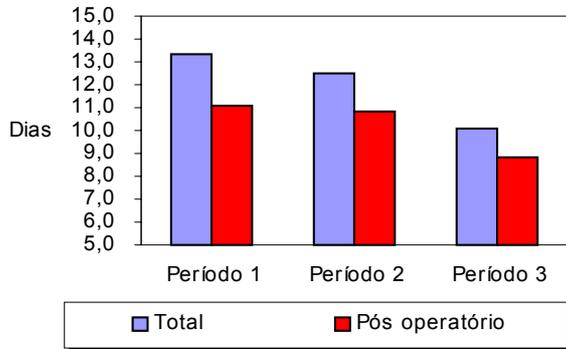
5 ESTUDOS DA UTILIZAÇÃO DE PROTOCOLO – SERVIÇO MÉDICO DE QUALIDADE POR UM MENOR CUSTO

Resultados de estudos realizados no Department of Surgery, John Hopkins Medicine, coordenados pela equipe do Dr Henry A. Pitt e publicados em 1999, evidenciaram a eficiência do uso dos protocolos em cirurgias biliares complexas. De acordo com Pitt, essas cirurgias normalmente estão associadas a elevadas taxas de mortalidade e morbidade, prolongadas médias de permanência e altos custos. A pesquisa foi realizada entre fevereiro de 1991 e abril de 1997, realizada com informações de 399 pacientes e dividida em três fases:

- Período 1: esse período corresponde aos 36 primeiros meses da pesquisa e foi composto por 66 pacientes que não foram atendidos por protocolos.
- Período 2: corresponde aos 18 meses subsequentes ao primeiro período. Foram atendidos e monitorados 107 pacientes através do uso de protocolos de atendimento. A partir dessa fase da pesquisa, dados referentes às médias de permanência, custos de procedimentos e taxas de mortalidade eram repassados aos médicos que estavam responsáveis pelas cirurgias.
- Período 3: corresponde aos 18 meses finais da pesquisa. Pertencem a esse grupo 166 pacientes.

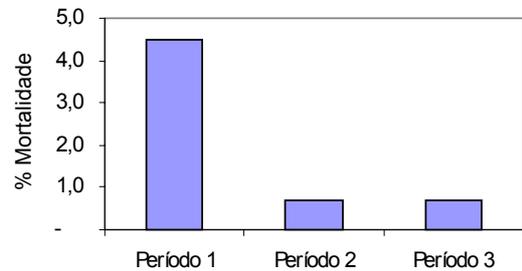
Nenhuma diferença significativa em relação a idade, gênero ou raça foi observada em nenhum dos três períodos. Os protocolos continham informações sobre o progresso diário dos pacientes que não apresentavam complicações pós operatórias, e incluíam dados sobre o comportamento observado quando se procedia a remoção dos tubos, a retirada de algum medicamento, alguma modificação na dieta, dentre outros procedimentos. O tempo de observação perdurava desde o período pré operatório e se prolongava por nove dias. Os resultados observados estão transcritos nos gráficos a seguir:

Gráfico 03: Comparativo das médias de permanência



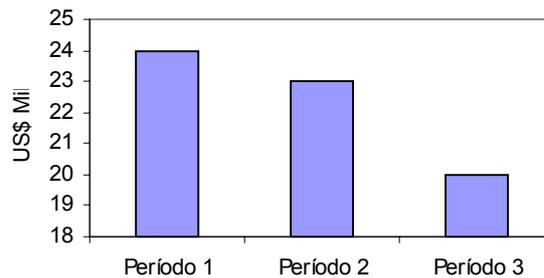
Fonte: Pitt et al (1999)

Gráfico 04: Comparativo das Taxas de Mortalidade



Fonte: Pitt et al (1999)

Gráfico 05: Comparativo dos custos dos procedimentos



Fonte: Pitt et al (1999)

Os dados sugerem que após a implantação dos protocolos (períodos 2 e 3), as médias de permanências sofreram um decréscimo (passando de 13,3 dias no período 1 para 10,1 dias no período 3), as taxas de mortalidade foram reduzidas (4,5% no período 1 e 0,7% nos períodos 2 e 3), e os cirurgiões puderam melhorar seus procedimentos através das informações disponibilizadas. Além disso, foi também observado uma redução dos custos totais (US\$ 24.446 no período 1, US\$ 23.386 no período 2 e US\$ 20.240 no período 3). Não foram detectadas variações significativas das taxas de morbidade nos três períodos apresentados.

Doctor Stephen B. Archer, do Department of Surgery, University of Cincinnati Medical Center, Cincinnati, Ohio, coordenou uma pesquisa realizada em 1997 para verificar se o uso dos protocolos realmente reduziam a média de permanência dos pacientes e também qual o seu impacto nos custos dos procedimentos. Uma equipe formada por médicos, enfermeiras, fisioterapeutas, farmacologistas e outros profissionais foram convocados para elaborar um protocolo médico para cirurgias de colecistectomia total, implantá-lo e analisar os resultados conseguidos. Foram

observados todos os aspectos em relação aos cuidados que deveriam ser tomados com o paciente de forma a tornar as intervenções as mais completas possíveis. Os protocolos foram desenvolvidos baseados em 12 áreas consideradas principais: tests, medicines, information, coping, comfort/sleep, nutrition, protective mechanisms, mobility, elimination, reproduction/sexuality/self-perception, ventilation, and circulation.

Cada intervenção realizada foi analisada, assim como o tempo despendido para executá-la. Além disso, toda equipe padronizou o procedimentos de preparação do intestino, a administração de antibióticos e os exames laboratoriais para que o protocolo saísse a contento. Para resolver algumas questões controversas, como a “deep vein thrombosis” foram consultadas informações na literatura disponível a fim de se verificar a melhor forma de abordagem e também a que reunisse os menores custos. Para que tudo saísse a contento, não foram permitidas influências externas, tais como pressões advindas a equipe diretora do hospital. Intervenções que não fossem feitas diretamente pelos médicos, mas que fizessem parte dos protocolos, também foram detalhadas passo a passo. Esse protocolo não foi parte integrante de nenhum registro médico, no entanto, foi afixada uma cópia do mesmo, com o acompanhamento de cada paciente, na parede do quartos onde eles estavam internados. Isso permitia que as intervenções pudessem ser acompanhadas pelos próprios pacientes e também pela equipe, que podia inclusive saber de ante mão qual seria o próximo passo a ser executado.

A pesquisa foi efetuada em dois momentos distintos. Um primeiro momento consistiu na formação de um grupo com 10 pacientes que se submeteram a cirurgias de colecistectomia total sem a implantação dos protocolos. Esse grupo foi chamado de “grupo de comparação”. Isso foi feito para que pudesse ser construído as bases de custos da cirurgia. A evolução de cada paciente era acompanhada dia após dia, para se ter a certeza que os custos pudessem ser auferidos com a maior precisão possível. O “grupo de comparação” foi formado antes da fase de elaboração dos protocolos, para que não ele sofresse nenhuma influência quando os procedimentos fossem realizados.

Foram coletadas informações sobre dados demográficos, média de permanência e custos hospitalares. Os custos foram auditados por uma equipe de auditoria independente (United Audit Systems Inc. Cincinnati, Ohio) para se verificar a veracidade das contas médicas.

Depois de recolhidas as informações do “grupo de comparação”, os protocolos foram implantados. Foi dado um treinamento especial para todos aqueles que participariam da pesquisa: médicos, enfermeiras e demais profissionais envolvidos, a fim de que pudesse ser explicitado os objetivos da implementação dos protocolos.

O segundo grupo de pacientes, chamado de “grupo de estudo”, se submeteu a mesma cirurgia do “grupo de comparação: cirurgias de colecistectomia total. Todos os pacientes foram operados por dois cirurgiões (J.E.F., M.S.N.). Para se ter certeza que os pacientes não iriam sofrer intervenções desnecessárias, os registros eram verificados diariamente por um grupo de residentes, que se comprometiam em notificar caso algo saísse fora do que foi estipulado pelos parâmetros dos protocolos.

Dados demográficos, média de permanência e os custos dos procedimentos forma coletados também nesse segundo grupo. A média de permanência foi calculada pela diferença de dias entre a entrada e a saída do paciente do hospital. Os custos incluíam os despesas efetuados na sala de operação, bem aquelas geradas nos períodos pré e pós operatórios.

Todos os pacientes (os pertencentes ao primeiro e segundo grupos) foram admitidos um dia antes da intervenção cirúrgica, e foram realizados cerca de 200 procedimentos em ambos os grupos.

Os resultados podem ser visualizados no quadro a seguir:

Quadro 08: Dados demográficos, média de permanência (MP) e custos

	Número	Gênero (Mas:Fem)	Idade (Anos)	MP (dias)	Custos US\$
Primeiro Grupo (Grupo de comparação)	10	3:7	35,3	10,3	21.650
Segundo Grupo (Grupo de estudo)	14	7:7	35,1	7,5	17.958

Fonte: Archer et al (1997)

Não houve mortes no período pós operatório em nenhum dos dois grupos.

Do total dos 10 pacientes pertencentes ao primeiro grupo (grupo de comparação), um necessitou de cuidados intensivos devidos a complicações decorrentes da cirurgia e nove apresentaram complicações menores.

No segundo grupo (grupo de estudo), nenhum paciente apresentou complicações maiores e 4 desenvolveram pequenas complicações. Um paciente necessitou ser readmitido 5 dias após a alta.

Nenhum paciente (de ambos os grupos) necessitou ser readmitido após 30 dias da cirurgia. Apesar do número de complicações do grupo de comparação ser maior do que no grupo de estudo, essa diferença não foi considerada significativa.

O estudo conclui que o uso dos protocolos diminuiu a média de permanência dos pacientes no hospital bem como dos custos dos procedimentos realizados. Além disso, promoveu um aumento na eficiência dos serviços prestados. No entanto, apesar de alguns pacientes apresentarem complicações pós cirúrgicas, o que limita de certa forma o uso dos protocolos, os benefícios se tornam evidentes principalmente quando precisa diagnosticar se um grande número de pacientes.

Archer et al (op cit) conclui afirmando que

Education of all caregivers is the key to successful use of a pathway. In-serve education was given to all involved groups, including physicians, and residents. A “grand rounds” presentation was also given by the department of surgery to introduce the concept of clinical paths. Once the pathway was in use, variances were examined to find ways to improve quality.

Outros estudos também ressaltam a utilização dos protocolos:

- Calligaro et al (1995) observou que o uso dos protocolos de atendimento propiciou um decréscimo na média de permanência,

de mortalidade e de morbidade em pacientes que se submeteram a cirurgia de reconstrução vascular^{iv}.

- Wentworth and Atkinson (1996) observaram que num período de 4 anos, a utilização de protocolos de atendimento permitiu a queda de 7 para 4,6 dias na média de permanência em pacientes com “acute stroke”. Durante esse período, os custos relacionados ao tratamento dessa patologia caíram cerca de US\$ 453.000 entre os 414 pacientes estudados.^v

No Brasil, os médicos da área clínica do pronto-socorro do Hospital São Paulo (HSP), o principal do Complexo da Universidade Federal de São Paulo, já estão adotando o uso dos protocolos para o tratamento dos pacientes. De acordo com Zorzeto (2001), “os protocolos são uma espécie de “manual” que apresentam vários aspectos relacionados a determinada doença. Eles são escritos com base nas informações científicas mais confiáveis disponíveis – fundamento da medicina baseada em evidências”. Esses protocolos estão sendo distribuídos para médicos e alunos que atuam no setor e para professores da disciplina de Medicina de Urgência.

A partir do segundo semestre de 2001, os primeiros protocolos clínicos foram implantados no setor de internação da área clínica do pronto-socorro. Essa área é a que mais recebe pacientes (cerca de 700 por dia) entre as 13 especialidades existentes. Esses protocolos estão sendo distribuídos para médicos e alunos que atuam no setor e para professores da disciplina de Medicina de Urgência.

O doutor Alvaro Nagib Atallah, chefe da disciplina de Medicina de Urgência e da área clínica do pronto-socorro do HSP, afirma que o uso de protocolos “é um processo de modificação de conduta por convicção que usa informações científicas rigorosas e que visa acabar com as decisões baseadas apenas no conhecimento adquirido na prática médica cotidiana”^{vi}. Os primeiros protocolos implantados orientam o tratamento de diabetes melitus, de hipertensão na gravidez e a terapia para úlcera gastroduodenal. Além disso, um outro protocolo, sobre a prevenção de infecção pelo uso de cateteres, está em fase de desenvolvimento. A escolha dessas doenças ocorreu devido à frequência com que atingem a população, segundo o médico.

No caso do diabetes, o protocolo reforça a importância do controle da pressão arterial dos pacientes diabéticos com hipertensão. “O médico aprende que a droga mais eficiente para tratar esses casos é o bloqueador da enzima de conversão. Quando não se tem essa droga disponível, acha-se que o tratamento não está adequado. Mas os dados científicos mostram que é muito pior não fazer nenhum tipo de controle da hipertensão”, exemplifica Atallah. Embora ainda considere cedo para avaliar os resultados, Atallah conta que outros setores do pronto-socorro, como a oftalmologia, a ortopedia e a cardiologia, estão interessados em desenvolver protocolos semelhantes.

Zorzeto (op cit) afirma que entre as fontes de informação usadas para elaborar os protocolos, estão revisões sistemáticas seguidas de metanálise dos artigos científicos. Essa metodologia é que fornece as evidências de maior confiança na área médica. Entre os efeitos da adoção dessa metodologia, estão o aumento da amostragem estudada e a redução do risco de viés e da margem de erro.

6 CONCLUSÃO

Foi visto que há uma crescente preocupação com o controle dos custos na área da saúde, pressionada por fatores que denotam a conjuntura atual vivida pelo setor, entre esses fatores estão os crescentes gastos públicos na área e os problemas relacionados ao seu financiamento. A ausência de métodos adequados de apuração ou mensuração de custos, a necessidade formas de gerenciamento e controle desses custos, bem como o uso fundamental das informações obtidas a partir desses custos para norteamento da tomada de decisão do gestor, desfecham a problemática existente no setor.

A atuação médica realizada com auxílio de um protocolo, desde que cientificamente embasado e metodologicamente validado, tem se mostrado de grande valor para a tomada de decisão. A liberdade e a criatividade do médico não se tornam cerceadas com a adoção de protocolos, que podem ser reformulados a qualquer momento pelo corpo clínico que o construiu. O protocolo permite também padronizar a assistência, auditar os resultados, otimizar o custo do atendimento e, eventualmente, servir de defesa profissional.

Nesse contexto, investigou-se o uso de protocolos como forma alternativa para suprir a necessidade vigente. Vista como forma alternativa que cria procedimentos padrões para determinadas patologias, sua utilização mostrou-se eficaz diante da carência de ferramenta gerencial do setor, pois, através da pesquisa efetuada, verificou-se que sua prática apresentou uma diminuição da média de permanência de pacientes em hospitais com redução de custos e aumento da eficiência dos serviços prestados, por observação da diminuição de mortalidade em caso específico citado neste artigo.

7 BIBLIOGRAFIA

ARCHER Stephen B. et al. *Implementation of a clinical pathway decreases length of stay and hospital charges for patient undergoing total colectomy and ileal pouch/anal anastomosis*. Department of surgery, University of Cincinnati Medical Center, Ohio. Presented at the fifth-fourth annual meeting of the central surgical association, Chicago, III., March 7-9, 1997.

BEULKE, Rolando; BERTO Dalvio José., . *Gestão de custos e resultado na saúde: hospitais, clínicas, laboratórios e congêneres*. São Paulo: Saraiva, 1997.

CASTELANI, José. *A Falência dos Hospitais de Ensino*. Jornal da Associação Paulista de Medicina, 1996.

EVANS, John H; HWANG, Yuhchang; NAGARAJAN, Nandu J. Management control and hospital cost reduction: additional evidence. *Journal of Accounting and Public Policy*. 20 (2001) p. 73-88.

FALK, James Anthony. *Gestão de custos para hospitais: conceitos, metodologias e aplicações*. São Paulo: Atlas, 2001.

HORN Susan D; SHARKEY Siobhan S; RIMMASCH, Holly L. *A methodology to improve quality and decrease cost in health care*. *Oncology Issues* 12(1):16-20, 1997. Association of Community Cancer Centers.

LOBACH ,David F. MD, PhD. MS, UNDERWOOD, Howard R. MD, MBA.
Computer-Based Decision Support Systems for Implementing Clinical Practice Guidelines. Drug Benefit Trend 10 (10):48-53, 1998. SCP Communications, Inc.

MARTINS, Domingos. ***Custos e orçamentos hospitalares***. São Paulo: Atlas, 2000.

PITT Henry A. MD et al. ***Clinical pathway implementation improves outcomes for complex biliary surgery***. Department of surgery, Johns Hopkins Medicine, Baltimore, Md and Department of surgery Medical College of Wisconsin, Milwaukee, Wis. 1999:126:751-8. Presented at the 56th Annual Meeting of the Central Surgical Association, St Louis, Mo, Mar 4-6, 1999.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Apresenta informações sobre a utilização de protocolos de atendimentos. Disponível em <http://www.cardiol.br/esquina/UDT/filoso/005.htm#Protocolos%20na%20UDT>. Acesso em 19 de junho de 2002.

JORNAL DA ANDIFES. Ano IV n. 14, ago/set, 1999.

STOLZENBERG, Edward A ***Governance change for public hospitals***. Journal of Healthcare Management. Chicago, sep/oct 2000.

ZORZETO, Ricardo. ***Pronto socorro adota conduta mais científica no atendimento***. Jornal da Paulista. Ano 14, n. 160, out. 2001. Escola Paulista de Medicina. Universidade Federal de São Paulo. Disponível em <http://www.unifesp.br/comunicacao/jpta/ed160/ensino.htm>. Acesso em 24 de junho de 2002

ⁱ De acordo com o site do Ministério da Educação (MEC) < <http://www.mec.gov.br/sesu/fies/ies.shtm> >, as IFES correspondem a: Universidades, Instituições Isoladas e Centros de Ensino Tecnológicos. Acesso em 28 de maio de 02.

ⁱⁱ Conforme pesquisa realizada atualizada, no *web site* do MEC, <http://www.mec.gov.br/sesu/jornal/num03/materias/reequipamento/index.htm>, existem atualmente 47 HU's vinculados as IFES. Acesso em 28 de maio de 02.

ⁱⁱⁱ Field MJ, Lohr KN (eds): Committee to Advise the Public Health Service on Practice Guidelines, Institute of Medicine, Clinical Practice Guidelines: Directory for a New Program. Washington, D.C., National Academy Press, 1990, P. 38, apud Lobach ,David F. MD, PhD. MS, Underwood, Howard R. MD, MBA. ***Computer-Based Decision Support Systems for Implementing Clinical Practice Guidelines***. Drug Benefit Trend 10 (10):48-53, 1998. SCP Communications, Inc.

^{iv} Calicargo KD, Dougherty MJ, Raviola CA, Musser DJ, KeLaurentis DA. Impact of clinical pathways on hospital costs and early outcome after major vascular surgery. J. Vasc Surg 1995;22:649-60. apud Archer et al. ***Implementation of a clinical pathway decreases length of stay and hospital charges for patient undergoing total colectomy and ileal pouch/anal anastomosis***. Department of surgery, University of Cincinnati Medical Center, Ohio. Presented at the fifth-fourth annual meeting of the central surgical association, Chicago, Ill., March 7-9, 1997.

^v Wentworth DA, Atkinson RP. Implementation of an acute stroke programs decrease hospitalization costs and length of stay. Stroke 1996;26:1040-3 apud Archer et al. ***Implementation of a clinical pathway decreases length of stay and hospital charges for patient undergoing total colectomy and ileal pouch/anal anastomosis.*** Department of surgery, University of Cincinnati Medical Center, Ohio. Presented at the fifth-fourth annual meeting of the central surgical association, Chicago, Ill., March 7-9, 1997.

^{vi} Informação obtida através de entrevista publicada no Jornal da Paulista, da Escola Paulista de Medicina – Universidade Federal de São Paulo. Disponível em <<http://www.unifesp.br/comunicacao/jpta/ed160/ensino.htm>>. Acesso em 24 de junho de 2002.