

Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ICICT
Instituto de Comunicação e Informação
Científica e Tecnológica em Saúde



MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
CENTRO DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA E PESQUISA EM SAÚDE – ESCOLA GHC
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ
INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E
TECNOLÓGICA EM SAÚDE - ICICT

PRINCIPAIS CAUSAS DA SUPERLOTAÇÃO DE UMA EMERGÊNCIA EM UM
HOSPITAL PRIVADO DE PORTO ALEGRE

ANDRESSA DELAZERI MOREIRA

ORIENTADORA: MARISTELA VARGAS LOSEKANN

PORTO ALEGRE

2015



Ministério da
Saúde



ANDRESSA DELAZERI MOREIRA

**PRINCIPAIS CAUSAS DA SUPERLOTAÇÃO DE UMA EMERGÊNCIA EM UM
HOSPITAL PRIVADO DE PORTO ALEGRE**

Projeto de pesquisa apresentado como requisito parcial para conclusão do Curso de Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Parceria da Fundação Oswaldo Cruz com o Grupo Hospitalar Conceição.

Orientadora: Professora Maristela Vargas Losekann

Porto Alegre, 2015

Dedico este projeto ao meu pai e minha mãe! São pessoas maravilhosas, carinhosas em quem eu me espelho, amo vocês, só cheguei onde estou graças ao grande e imenso apóio e amor da parte de vocês!

RESUMO

O presente projeto será desenvolvido na emergência de um hospital privado de Porto Alegre e tem como objetivo compreender quais os fatores que levam os pacientes a procurarem a emergência com tanta frequência, gerando assim a superlotação do serviço. Entende-se que tem ocorrido um desequilíbrio entre a oferta de serviços de saúde e a demanda de usuários que necessitam ser atendidos. Pacientes que não configuram atendimento de urgência e poderiam ser referenciados a outros serviços com menor complexidade, porém, buscam a emergência como porta de entrada. Essa grande demanda faz com que a qualidade e a resolubilidade assistencial sejam prejudicadas. Neste hospital é utilizado o método de classificação internacional Emergency Severity Index em que o enfermeiro verifica os sinais vitais e queixa clínica baseado nos dados obtidos e irá orientar o paciente que receberá uma classificação de risco e o tempo de espera até o atendimento médico. Optou-se por realizar uma pesquisa qualitativa e quantitativa, em que dados serão obtidos através de entrevistas semi-estruturadas e os entrevistados serão convidados a participar do estudo e terão seus direitos respeitados tendo total liberdade em participar da pesquisa ou desistir, será analisado também o perfil de pacientes que buscam a emergência através dos dados obtidos pelo sistema da instituição de saúde.

Palavras-chave: Enfermagem em emergência, assistência hospitalar, triagem.

LISTA DE ABREVIATURAS

ANS – Agência Nacional de Saúde
AVC – Acidente Vascular Cerebral
ATS – Australian Triage Scale
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CTAS – Canadian Triage Acuity Scale
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
ECG – Eletrocardiograma
ESI – Emergency Severity Index
GHC – Grupo Hospitalar Conceição
ICTS – Informação Científica e Tecnológica em Saúde
ITU – Infecção do Trato Urinário
IVAS – Infecção das Vias Aéreas Superiores
MAT – Model Andorra de Triage System
MS – Ministério da Saúde
MTS – Manchester Triage System
RAC – Recepção, Acolhimento e Classificação de Risco
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Ciclo resolutivo da superlotação das emergências.....	13
Figura 2 – Quadro da diferença entre os protocolos.....	14
Figura 3 – Tabela de classificação de risco.....	15
Figura 4 – Algoritmo do protocolo Emergency Severity Index (ESI).....	16

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 OBJETIVOS.....	9
2.1 Objetivo Geral.....	9
2.2 Objetivos Específicos.....	9
3 JUSTIFICATIVA.....	10
4 A INTERLIGAÇÃO DA REDE DE SAÚDE.....	11
4.1 Estratégias para enfrentar a superlotação no serviço de emergência.....	13
4.2 Gestão de leitos/camas.....	17
METODOLOGIA.....	18
5.1 Abordagem.....	18
5.2 Local do Estudo.....	18
5.3 Amostragem.....	18
5.4 Procedimento de Coleta dos Dados.....	18
5.5 Aspectos Éticos.....	19
5.6 Resultados Esperados.....	19
6 ORÇAMENTO.....	21
7 CRONOGRAMA.....	22
REFERÊNCIAS.....	23
ANEXOS E APÊNDICES.....	25

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, contamos com diversos hospitais dentro da rede privada e pública de saúde no município de Porto Alegre. A semelhança entre eles, marcadamente, tem sido a superlotação dos serviços de emergência. A população que faz uso de planos de saúde espera poder contar com um atendimento particular, rápido e eficaz, porém essa realidade tem sido um pouco diferente. Nos serviços de emergência podemos ver usuários aguardando em grandes filas para receber atendimento e esperando longas horas para passar por uma consulta médica.

Segundo Krueel e Regner (2014), os serviços hospitalares destacam-se pela sua capacidade resolutiva por serem detentores de uma maior capacidade e complexidade tecnológica. Assim cabe ao serviço hospitalar o atendimento de casos em que sejam necessários mais recursos tecnológicos. Já a atenção básica está em um nível de complexidade menor, o que faz com que as pessoas pensem que não terão suas queixas e problemas sanados pelo fato dos recursos serem limitados, fazendo com que busquem serviços mais complexos como as emergências.

Conforme Bittencourt e Hortale (2009) têm ocorrido um desequilíbrio entre a oferta de serviços de saúde e a demanda de usuários que buscam atendimento. De modo que o paciente que vem com necessidades agudas e muitas vezes não encontra o serviço disponível. Indicando que está ocorrendo nos hospitais um baixo desempenho na qualidade assistencial devido à superlotação hospitalar. Esta conceituação está ligada ao conceito de que todos os leitos ou macas estejam ocupadas, inclusive com pacientes nos corredores; tempo de espera para o primeiro atendimento acima de uma hora; tempo de espera para internação acima de duas horas após a decisão clínica; alta tensão para a equipe e pressão por novos atendimentos que estão chegando a todo tempo.

Segundo o dicionário Michaelis (2015), lotar significa: completamente preenchido, sem espaço, sendo sinônimo ainda de abarrotado, cheio, completo, farto e repleto. Caracterizado como um fenômeno mundial a superlotação é considerada quando a capacidade de pacientes esteja entre 85 e 90% dos leitos ocupados, dessa forma quando está superlotado não é possível assumir necessidades urgentes e não previstas como catástrofes, acidentes, eventos em massa. (KRUEEL; REGNER, 2014).

Este projeto foi construído ao longo do Curso de Especialização no qual estudamos sobre Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICTS), que tem por objetivo qualificar a prática profissional, vislumbrando métodos e meios que facilitem o dia a dia dos profissionais e usuários. Neste contexto, atuo como enfermeira na emergência de um hospital privado de Porto Alegre e acompanho diariamente os inúmeros problemas e questionamentos da equipe de saúde e dos pacientes quanto à demora no atendimento, atuamos com um número de profissionais limitados, diversas vezes precisamos executar várias funções ao mesmo tempo precisamos responder aos questionamentos sobre a classificação de risco, a grande demanda de pacientes, entre tantos outros aspectos que são comuns na emergência.

O motivo pelo qual foi escolhido este assunto é poder entender os fatores que levam as pessoas à emergência com tanta frequência e dessa forma geram a superlotação dos hospitais e a dificuldade em gerenciar um serviço com excesso de pessoas de tal forma que sobrecarrega a rede de saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Identificar fatores que contribuem para a superlotação do serviço e suas conseqüências.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar o perfil dos pacientes que buscam a emergência.
- Avaliar os motivos da procura a um serviço de emergência.
- Identificar quais outros serviços, sem ser a emergência, os pacientes buscam.

3 JUSTIFICATIVA

O interesse pelo desenvolvimento deste estudo surgiu ao observar que freqüentemente a emergência está com sua capacidade de atendimento acima do desejado, gerando enormes filas de espera e insatisfação por parte dos pacientes que estão aguardando longas horas na recepção por uma consulta médica.

Grande parte da insatisfação dos pacientes se manifesta durante a classificação de risco, processo que prioriza o atendimento conforme a necessidade do paciente, se o mesmo não tem critério de gravidade ou não necessita que seu atendimento seja priorizado, poderá receber a classificação de risco de até 6 horas de espera. A maioria desses pacientes que não configura uma urgência poderia ser referenciado a outros serviços de saúde, tais como atenção básica, consultório médico, consultas eletivas, dessa forma diminuindo a demanda na emergência. A grande procura por atendimento diminui a qualidade, resolubilidade e equidade da assistência prestada.

A rede privada de saúde não visa o serviço de prevenção, ter um médico da família, diferente da rede pública em que as unidades básicas de saúde buscam os pacientes para realização de exames preventivos considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações, de forma que auxiliam no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território (BRASIL, 2015).

Então, se tivermos um fluxo adequado na emergência de pacientes, a demanda será menor, atendimento satisfatório, profissional da saúde irá atuar com melhores condições, logo o atendimento terá maior qualidade, beneficiando os usuários e os profissionais.

4 A INTERLIGAÇÃO DA REDE DE SAÚDE

A emergência é a porta de entrada para todos os hospitais, é em geral, o primeiro serviço a ser procurado, desde situações simples as mais complexas, ainda mais se tratando de um hospital privado, em que a maioria dos usuários tem pressa para ser atendido por ser um serviço particular e que está sendo paga uma mensalidade para poder usufruir do benefício. No geral, grande parte dos pacientes tem esse pensamento com relação ao serviço privado de saúde. Dessa forma, a emergência é a porta de entrada que permite o atendimento rápido, possui uma demanda acima do normal que acaba gerando uma superlotação no serviço, podendo ser observado uma queda na qualidade do serviço oferecido em relação com o que deveria ser ofertado.

Segundo o dicionário Michaelis (2015), o significado da palavra urgência é: pressa, rapidez, brevidade, aperto, necessidade imediata. É com esse senso de urgência que as pessoas chegam ao serviço hospitalar. Quando o paciente trata uma doença e precisa que seu “problema” seja resolvido logo ele parte do pressuposto de que é mais rápido e simples recorrer aos recursos da emergência da seguinte forma se ele for marcar uma consulta eletiva, é bem provável que a mesma demore, pelo menos, alguns dias ou semanas para que ele possa estar na presença do médico. Na consulta, o médico provavelmente irá solicitar exames sejam laboratoriais, raio-x, ecografia, tomografia entre outros. Os exames, geralmente, são realizados em locais distintos, o que demanda deslocamento do usuário, gasto de tempo e disponibilidade de horário para a sua realização.

A restrição dos serviços ofertados seja pelo horário de atendimento, recursos, entre outros faz com que o público busque os locais de atendimento que estão com as portas abertas como as emergências, que atendem de forma rápida. Mesmo estado superlotadas, estes locais reúnem geralmente todos os recursos necessários tais como procedimentos, medicamentos, consultas, exames, internações, enquanto outros serviços como atenção básica oferecem apenas a consulta médica (MARQUES; LIMA, 2007).

Os serviços de urgência e emergência têm como principal característica atender paciente que se encontra em risco de morte, sofrimento ou situações agudas, porém conforme o Ministério da Saúde (2006) 65% dos usuários atendidos

poderiam ser referenciados para outro serviço de saúde diferente da emergência. Segundo Braga et.al (2014), as principais patologias atendidas na emergência são: lombalgias, infecção do trato urinário (ITU), infecção de vias aéreas superiores (IVAS), cefaléias, gastroenterocolites, sinusites agudas, amigdalites bacterianas, dispepsia, pneumonias, traumas, crise hipertensiva, asma, doenças de pele, dor torácica e acidente vascular cerebral (AVC). A maioria desses atendimentos não gera internação hospitalar, ou seja, poderiam ser atendidos em outro serviço de saúde, pois não se configuram atendimentos de emergência.

Conforme Contandripoulos *et al* (2010), a superlotação dos serviços de emergência existe pouca articulação e resolubilidade com as demais organizações de saúde (consultórios médicos, especialistas, clínicas, pronto atendimentos) por isso os serviços de emergência acabam sendo submetidos a um grande volume de atendimento de casos não emergenciais. A produtividade e a capacidade dos serviços de saúde como recursos humanos, tecnologias são incapazes de suprir a demanda dessa forma sendo de baixa produtividade. Ainda, com relação à qualidade, vemos emergências superlotadas, com condições clínicas para os pacientes inadequadas o que faz com que aumente a insegurança quanto ao atendimento prestado e a taxa de mortalidade.

O Brasil tem vivido o aumento da expectativa de vida, conforme o site Portal Brasil, a esperança ao nascer subiu de 74,6 anos em 2012 para de 74,9 anos em 2013. Esse incremento equivale a mais 3 meses e 25 dias de vida (IBGE, 2015). Esse dado nos mostra que a população está envelhecendo, e reflete diretamente na área da saúde, pois, a população idosa se caracteriza por ser uma população frágil, são os pacientes mais vulneráveis a ocorrência de eventos adversos que são, complicações à saúde do paciente que não estavam no cuidado prestado com conseqüências indesejadas não atribuídas à evolução natural da doença de base. Já possuem comorbidades e sua saúde está debilitada em comparação com os jovens (Samaras et. al., 2010).

A superlotação das emergências reflete claramente nos profissionais da saúde, o ambiente caótico com a mínima estrutura de trabalho que contribui para a desatenção falta de concentração levando inúmeras vezes aos erros de medicação – o profissional não consegue se concentrar ao realizar as medicações, conferir os dados do paciente corretamente (GRABOIS; BITTENCOURT).

Sendo assim, enfrentar a superlotação tem sido um desafio para os serviços de saúde no Brasil existem algumas estratégias para sobrepor esses desafios no serviço de saúde

4.1 Estratégias para enfrentar a superlotação no serviço de emergência

Segundo Bittencourt (2010), existe um modelo chamado de “Ciclo Resolutivo da Superlotação dos Prontos-Socorros” que existe para dimensionar os recursos e obter medidas para enfrentar a super lotação nas emergências. Chama-se ciclo, pois todos os componentes devem ser utilizados simultaneamente, são eles: acolhimento e classificação de risco, reorganização do processo de trabalho na emergência e no setor de internação, hospital – gestão de leitos e camas e por fim redes – gestão de rede assistencial, dessa forma, se todos esses itens estiverem interligados o funcionamento da emergência será efetivo.



Figura 1: Ciclo Resolutivo da Superlotação das Emergências.

Fonte: Superlotação dos serviços de Emergência.

O acolhimento geralmente é feito pelo técnico de enfermagem que insere o nome do paciente para ser chamado para a classificação de risco. Na classificação de risco um profissional de nível superior, treinado para aplicar corretamente o protocolo pré-estabelecido da instituição geralmente o enfermeiro, (Portaria 2048/2002) avalia os sinais vitais e prioriza o atendimento conforme a gravidade clínica, não por ordem de chegada ao serviço de saúde, por esse motivo a

classificação de risco é tão importante, pois é na chegada do paciente que se estabelecem as prioridades de atendimento médico. Também é na classificação de risco que o paciente deve perceber que o atendimento é dinâmico, contínuo e oferece ao usuário e aos familiares apoio emocional, segurança, informações claras sobre tempo de espera, fluxo e a explicação de que o paciente mais grave terá prioridade em relação ao menos grave (Albino et. al. 2007).

Conforme a ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2012 existem cinco protocolos que são reconhecidos internacionalmente são eles:

- Canadian Triage Acuity Scale – CTAS;
- Emergency Severity Index – ESI;
- Australian Triage Scale – ATS;
- Model Andorra de Triage System – MAT;
- Manchester Triage System - Protocolo de Manchester – MTS.

A tabela abaixo conforme Gimenez (2003 apud CORDEIRO JUNIOR, 2009) resume as principais diferenças entre os protocolos:

Características	AST	CTAS	MTS	ESI	MAT
Baseado em categorias de sintomas	Não	Não	Sim	Não	Sim
Baseado em discriminantes-chave	Sim	Não	Sim	Sim	Sim
Baseado em algoritmos clínicos	Não	Não	Sim	Sim	Sim
Baseados em escala de urgência pré definidas	Sim	Sim	Não	Não	Sim
Formato eletrônico	Não	Não	Sim	Não	Sim

Tabela 2: Diferenças entre os protocolos de classificação de risco.

Fonte: Gimenez (2003 apud, CORDEIRO JUNIOR, 2009).

No hospital que será estudado é utilizado o método Emergency Severity Index - ESI. Que consiste da seguinte forma: o paciente ao entrar na recepção da

emergência é acolhido por um técnico de enfermagem que adiciona o nome do cliente no sistema, que aparece diretamente na tela do computador do enfermeiro que está responsável pela classificação de risco – ocorrendo a tríade Recepção, Acolhimento e Classificação de Risco (RAC) (ALBINO et. al, 2007). Ao ver o nome na tela o enfermeiro chama o paciente, verifica os sinais vitais (pressão arterial, temperatura axilar, frequência cardíaca, frequência respiratória, saturação de oxigênio e a escala da dor), e faz uma breve descrição da queixa principal do paciente.

Baseado na queixa e sinais vitais do paciente o mesmo receberá um classificação de risco que pode ser as seguintes cores: vermelho, laranja, amarelo, verde e azul – essa escala decrescente de prioridade de atendimento médico. As classificações acima dividem os pacientes em cinco níveis de risco: emergente, muito urgente, urgente, pouco urgente e não urgente. Este sistema é o mais utilizado mundialmente pela sua confiabilidade, fidedignidade e validade na avaliação dos sinais vitais do paciente (BRASIL, 2015).

O tempo máximo de espera de cada classificação varia conforme a tabela abaixo:

Nível	Categoria	Tempo Máximo	Cor
I	Ressucitação	0 minuto	Vermelho
II	Emergência	10 minutos	Laranja
III	Urgência	60 minutos	Amarelo
IV	Semi-Urgência	120 minutos	Verde
V	Não Urgente	240 minutos	Azul

Tabela 3: Classificação de risco.

Fonte: La enfermeria de recepción acogida y clasificación – 2005.

Abaixo temos o algoritmo ilustrativo do protocolo Emergency Severity Index Conceptual (2015) que significa: A – paciente está morrendo, necessita de intervenções imediatas de vida tais como: manejo com vias aéreas (intubação, apneia, falta de pulso), medicações, intervenções hemodinâmicas (eletrocardiograma - ECG, laboratoriais, monitorização), irresponsividade. B – situação de risco, dor severa, dor maior ou igual a sete em uma escala de dor de zero a dez. C – necessita de recursos, contabilizar números diferente de recursos. D

– sinais vitais normais, ou sinais vitais alterados? Conforme os sinais vitais será necessário, ou não novo manejo com o paciente. É importante que o algoritmo seja claro para o profissional que está na classificação de risco, pois com ele é fácil visualizar com que prioridade o paciente deverá ser atendido.

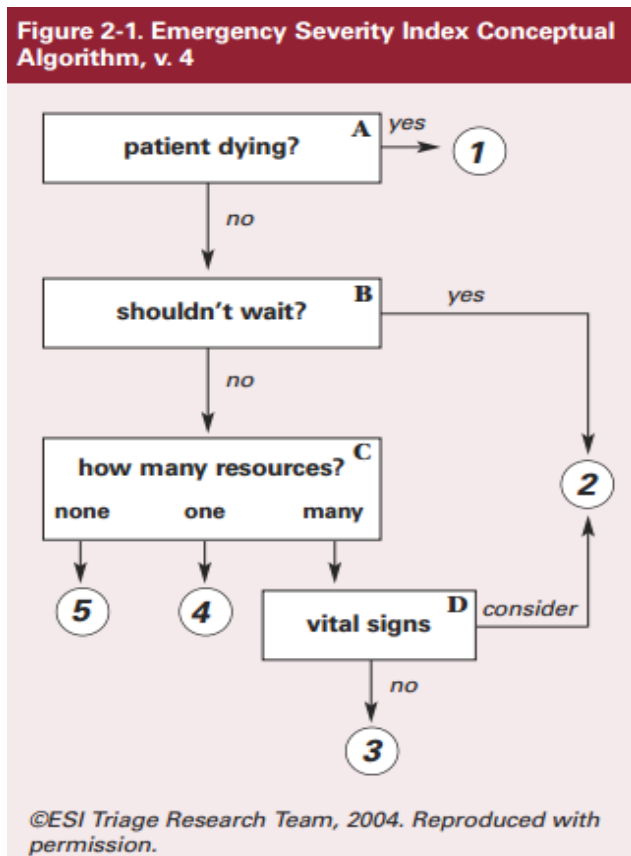


Figura 4: Algoritmo de atendimento ESI

Fonte: <http://www.esitriage.org/algorithm.asp?LastClicked=algorithm>

Conforme o modelo de Grabois e Bittencourt (2009) deverá existir na emergência o médico hospitalista que diferente do que estávamos acostumados com o modelo de médico que apenas visitava os pacientes. Esse médico hospitalista deverá prestar assistência mais intensiva baseada na experiência, fazendo com que o mesmo assuma a responsabilidade dos leito/camas no hospital, realizando “rounds” com a UTI e a emergência dessa forma conhecendo melhor como está o fluxo no hospital o tempo de permanência e espera dos pacientes por um leito e por alta diminuem. Fazendo com que ocorra a reorganização do processo de trabalho e um melhor fluxo dos pacientes no hospital.

Valoriza-se a importância de existir uma equipe multiprofissional em que o paciente seja conhecido não apenas pela figura médica, mas por todos os outros profissionais que o assistem e prestam o cuidado de modo integrado, sendo que toda a equipe será responsável pelo paciente, ocorrendo a troca de informação das mais diversas áreas da equipe de saúde.

4.2 Gestão de leitos/camas

Conforme a Portaria nº 1.101/2002 existe os parâmetros de cobertura que são aqueles destinados a estimar as necessidades de atendimento a uma determinada população, em um determinado período, previamente estabelecido. E os da produtividade – são aqueles destinados a estimar a capacidade de produção dos recursos, equipamentos e serviços de assistência à saúde, sejam eles, humanos, materiais ou físicos.

Para Bitencourt et al (2009), é preciso centralizar as vagas de leitos internos e externos de forma que a central de leitos seja centralizada, ágil e saiba priorizar o paciente grave. É necessário que seja claro o critério de risco clínico para a ocupação das vagas. Organizar a transferência inter-hospitalar é um momento delicado em que é preciso comunicação entre os hospitais envolvidos para que as informações sejam claras e precisas isso refletirá na evolução do paciente pós alta e/ou pós transferência. Desenvolver a gestão clínica em que os profissionais estejam de acordo nas decisões e haja comunicação entre os diversos profissionais que assistem o paciente. E por último monitorar a oferta versus demanda de vagas nas enfermarias com o tempo médio de permanência do paciente para que seja identificado qual o recurso hospitalar mais demandado.

A superlotação tem sido um fator que tem dificultado a qualidade na assistência em saúde, é um desafio adequar a produção de saúde e o bom serviço de saúde. Incluímos as práticas eficazes aliadas ao conhecimento científico para obtermos melhorias na assistência. Cabe a cada profissional, não somente as lideranças e gestores, o envolvimento no processo do cuidado e gestão do serviço. Envolvendo o conjunto de unidades e de profissionais que se sintam co-responsáveis pela melhoria da qualidade do serviço de saúde no geral, tais melhorias não ocorrem por estratégias isoladas, mas sim pelo conjunto profissional promovendo melhorias (PORTELA, 2007).

5 METODOLOGIA

5.1 Abordagem

Será uma abordagem qualitativa e quantitativa.

5.2 Local do Estudo

A pesquisa será realizada na emergência de um hospital privado de Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

5.3 Amostragem

Os sujeitos do estudo serão os pacientes que procuram o serviço de emergência. De modo que não será definido número exato de sujeitos participantes da pesquisa, sendo decidido parar a coleta de dados quando se alcançar a saturação dos dados que segundo Strauss e Crobin (2008) é quando não surgem mais novas informações, ou seja, tornam-se repetitivas não adicionando novas idéias. O tempo de coleta das informações será de uma semana no período da tarde e início da noite momento em que ocorre o maior fluxo de pacientes.

Será usada a base de dados do hospital na qual constam os pacientes que passam pela classificação de risco da emergência, será analisado o perfil dos usuários. Serão quantificados durante um mês todos os pacientes que utilizarem o serviço da emergência.

5.4 Procedimento de Coleta dos Dados

A coleta será realizada no ano de 2016, e somente acontecerá após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP). Serão realizadas entrevistas semi-estruturadas (Apêndice A). Segundo Minayo (2010), esse tipo de entrevista já tem um roteiro pré-estabelecido, mas hipóteses e opiniões serão levadas em conta na entrevista. Para a mesma autora métodos e instrumentos são maneiras de permitir que o pesquisado possa aprofundar as questões que estão sendo pesquisadas.

Será utilizado um roteiro com perguntas e as respostas serão gravadas a fim de que os dados sejam melhores aproveitados de forma mais fidedigna possível com a finalidade da pesquisa. As gravações serão guardadas com a pesquisadora pelo período de cinco anos, após serão destruídas. As entrevistas serão realizadas

pela autora da pesquisa, com os pacientes que estiverem na sala de espera da emergência e aceitarem participar. Será solicitada a liderança do setor uma sala na emergência para poder coletar as entrevistas com a devida privacidade ao usuário.

A fim de identificarmos o perfil dos pacientes que utilizam o serviço de emergência, serão utilizadas as informações dos usuários que ficam armazenados no banco de dados da instituição, a coleta dos dados será após aprovação no CEP do hospital e as informações serão analisadas conforme o apêndice C.

5.5 Aspectos Éticos

Os princípios éticos que guiam a pesquisa estão de acordo com a Resolução nº 466 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), do Ministério da Saúde (MS) no qual referencia a bioética, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, assim como assegurar os direitos e deveres no que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado (BRASIL, 2012). Além da resolução anterior, a pesquisa estará de acordo com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem 2007, Capítulo III, artigos 89, 90 e 91, das responsabilidades e deveres, e artigos 94 e 98 das proibições¹.

O projeto será submetido à avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), pois é fundamental que antes de ser aplicada a pesquisa seja autorizada e esteja de acordo com as leis e código de ética da instituição.

Os sujeitos da pesquisa serão convidados a participar da pesquisa, e os que aceitarem participar receberão no dia da coleta dos dados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias, as quais um ficará com o entrevistado e outra com o entrevistador. O entrevistado e o entrevistador assinarão

¹ Art. 89 – Atender as normas vigentes para a pesquisa envolvendo seres humanos, segundo a especificidade da investigação.

Art. 90 – Interromper a pesquisa na presença de qualquer perigo à vida e à integridade da pessoa.

Art. 91 – Respeitar os princípios da honestidade e fidedignidade, bem como os direitos autorais no processo de pesquisa, especialmente na divulgação dos seus resultados.

Art. 94 – Realizar ou participar de atividades de ensino e pesquisa, em que o direito inalienável da pessoa, família ou coletividade seja desrespeitado ou ofereça qualquer tipo de risco ou dano aos envolvidos.

Art. 98 – Publicar trabalho com elementos que identifiquem o sujeito participante do estudo sem sua autorização.

as duas vias do TCLE dessa maneira demonstrando que estão cientes a participar da pesquisa. No TCLE deverão constar todos os dados do pesquisador e também sobre a pesquisa de forma a esclarecer quaisquer dúvidas do participante.

5.6 Resultados Esperados

Espera-se que com a realização da pesquisa possam-se compreender claramente quais as principais causas da superlotação nas emergências e assim poderemos perceber quais os fatores que fazem com que as pessoas busquem o serviço de emergência ao invés de outros serviços de saúde. Com este projeto também procurará entender o fluxo da emergência, auxiliando na gestão e melhor planejamento dos atendimentos e o perfil dos usuários. Assim como, poder identificar onde o processo é mais lento desde a entrada até a saída do paciente, visando agilidade no processo de atendimento.

ORÇAMENTO

Materiais que serão utilizados no estudo:

Materiais	Quantidade	Valor Unitário	Total
Idas ao hospital – gasolina	10	10,00	100,00
Caneta	5	2,00	10,00
Prancheta	2	5,00	10,00
Pasta com elástico	2	2,50	5,00
Impressão	100	0,10	10,00
Xerox	50	0,10	5,00
Gravador – será utilizado o celular para essa função	1	200,00	200,00
Valor do trabalho	100 horas	25,00	2.500
Computador	1	200,00	200,00
Total	-	-	3.040,00

Os gastos com a pesquisa serão custeados pela autora do projeto.

REFERÊNCIAS

- ALGORITMO **Emergency Severity Index (ESI)**. 2015. Disponível em: <<http://www.esitriage.org/algorithm.asp?LastClicked=algorithm>>. Acesso em 17 nov. 2015.
- ALBINO, Rubia Maria; GROSSEMAN, Suely; RIGGENBACH, Viviane. **Classificação de Risco inadiável em um serviço de emergência de qualidade**. Arquivos Catarinenses de Medicina, Santa Catarina, v. 36, n. 4, 2007, p. 70 -75
- BITTENCOURT, Roberto José; HORTALE, Virginia Alonso. **Intervenções para solucionar a superlotação de emergência hospitalar: uma revisão sistemática**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, jul. 2009, p. 1439-1454.
- BRAGA, Denis Conci; TURKOT, Júlio Cesar de Oliveira; QUADROS, Neudy Juliano; PEREIRA, Rodrigo Amarante; FORTUNA, Tatiane. **Perfil do atendimento em unidades de urgência e emergência – revisão da literatura**. Anais de Medicina, v. 1, n. 1, 2014.
- BRASIL. Governo Federal. IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. 2015. Disponível em:< <http://www.brasil.gov.br/economia-e-emprego/2014/12/expectativa-de-vida-dos-brasileiros-sobe-para-74-9-anos-de-acordo-com-ibge>> Acesso em: 08 nov. 2015
- BRASIL. **Resolução Nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. 2015 Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html> Acesso 08 nov. 2015.
- BRASIL. **Portaria Nº 2.048**, de 5 de novembro de 2002. 2015. Disponível em: <<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/portaria-2048-2002>> Acesso em 04 nov. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Agência Nacional de Saúde Suplementar – Acolhimento com Classificação de Risco**. 2015. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-ACE-01.pdf>> Acesso em 10 nov. 2015
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal da Saúde**. 2015. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_como_funciona.php> Acesso dia 22 nov. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. 2006. Disponível em < <http://www.revistaemergencia.com.br/download/manuais/>> Acesso em 20 nov. 2015
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Disponível em: <<http://se.corens.portalcofen.gov.br/codigo-de-etica-resolucao-cofen-3112007>> Acesso em 08 nov. 2015

Chicano D, Francisco J. **La enfermera de recepción, acogida y clasificación.**

Disponível em: <

<http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/505/502%20p.%201%20-11>> Acesso em: 23 nov. 2015.

CORDEIRO JÚNIOR, Welfane. **A classificação de risco como linguagem da rede de urgência emergência.** RAHIS: Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde, jan.jun.2009. Disponível em:

<<http://www.face.ufmg.br/revista/index.php/rahis/article/viewFile/787/663>> Acesso em: 20 nov. 2015.

GALLOTTI, Renata Mahfuz D.; **Eventos adversos – o que são?** Ver Assoc. Med. Bras., v. 50, n. 2, 2004, p. 109-26.

GRABOIS, Victor; BITTENCOURT Roberto. **Superlotação dos serviços de emergência.** Pag 295-314.

KRUEL, Alexandra, Jochims; REGNER, Andrea, Pereira. **Urgência e Emergência na Prática de Enfermagem:** Superlotação nos serviços de atenção a pacientes agudos: as urgências e emergências. 1ª edição. Porto Alegre: Moriá Editora, 2014.

MARQUES, G. Quintana, LIMA, M. A. D. da Silva. **Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde.** Rev Latino-am Enfermagem, v. 15, n. 1, jan-fev. 2007.

MICHAELIS. **Dicionário de Português Online.** Disponível em:

<<http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portugues-portugues&palavra=urg%EAnCIA>> Acesso em: 07 nov. 2015

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 12.ed. São Paulo: HUCITEC, 2010. 407p.

PORTELA, Margareth Crisóstomo. **Accountability e qualidade.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 12, n. 4, p. 840-841, Ago.. 2007 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 nov. 2015.

CONTANDRIOPOULOS A. P, HARTZ Z, GERBIER M, NGUYEN A. **Elementos de arquitetura dos sistemas de avaliação do desempenho dos serviços de saúde.** Saúde e cidadania. Campinas: Saberes; 2010. Cap 8; p. 297-324.

SAMARAS N, Chevalley T, GOLD G. **Older Patients in the Emergency Department: A Review.** Annals of Emergency Medicine. V 56, n. 3, set 2010.

STRAUSS, A.; Corbin, J. **Pesquisa Qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada.** 2 ed. Porto Alegre, Artmed, 2008.

APÊNDICE

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Ministério da Saúde - Grupo Hospitalar Conceição

Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa Em Saúde – Escola GHC

Venho por meio deste, convidá-lo a participar da pesquisa intitulada: “Principais causas da superlotação de uma emergência em um hospital privado de Porto Alegre” que tem por objetivo conhecer as causas principais da super lotação de um hospital de Porto Alegre.

A pesquisa será realizada através de uma entrevista semi-estruturada e será gravada. Serão feitas sete perguntas e irá levar o tempo que entrevistado achar necessário para respondê-las. As entrevistas serão realizadas em um local fechado, privado, na sala espera da emergência. As informações serão armazenadas por cinco anos, após, serão destruídas. As entrevistas terão fim científico e serão significativas para o usuário, pois este compreenderá melhor o fluxo da emergência.

Os benefícios para o entrevistador serão a troca de informações com o pesquisador. A coleta de dados não oferece risco ao entrevistado, pois não será realizado nenhum procedimento invasivo assim como de ordem moral. O entrevistado tem toda a liberdade de se negar a responder qualquer pergunta, podendo responder de maneira completa ou parcial aos questionamentos.

Através do presente consentimento, declaro que fui esclarecido, que estou livre de qualquer forma de constrangimento e me sinto totalmente livre para responder a presente pesquisa. Estou assegurado que receberei esclarecimento referente à pesquisa. Este estudo tem como único objetivo ser publicado e utilizado no meio acadêmico de forma a respeitar os preceitos éticos. Tenho liberdade de deixar de participar do estudo no momento que eu desejar, sem que isso acarrete qualquer tipo de prejuízo.

Estou ciente sobre a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias. Qualquer dúvida sobre a pesquisa poderá ser contatada a pesquisadora Andressa Delazeri Moreira através do telefone (51) 8462-7450, ou e-mail andressadelazeri@hotmail.com ou ainda com Daniel Demétrio Faustino da Silva, Coordenador-geral do Comitê de Ética em Pesquisa do GHC, pelo telefone

3357-2407, endereço Av. Francisco Trein 596, 3º andar, Bloco H, sala 11, das 09h às 12h e das 14h30min às 17h.

Porto Alegre, ____ de _____2016.

Participante da Pesquisa

Maristela Vargas Losekann
Orientadora
(51) 9346-4104
E-mail: losekann@terra.com.br

Andressa Delazeri Moreira
Orientanda
(51) 8462-7450
E-mail: andressadelazeri@hotmail.com

APÊNDICE B – Instrumento de Pesquisa para Coleta dos Dados
Ministério da Saúde Grupo Hospitalar Conceição
Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa Em Saúde – Escola GHC

INSTRUMENTO DE PESQUISA

Orientanda: Andressa Delazeri Moreira

Orientadora: Maristela Vargas Losekann

I – Dados de Identificação:

Sexo:

Data de Nascimento:

Profissão:

Escolaridade:

II – Questões de Pesquisa:

1. Qual serviço de saúde você escolhe como primeira opção?
2. Existe preferência de horário ou dia da semana para procurar o serviço de emergência? Se sim, qual o motivo?
3. De uma maneira geral como é o atendimento que você recebe na emergência?
4. Independente da sua classificação você sempre aguarda pelo atendimento?
5. Quais outros serviços de saúde você costuma utilizar?
6. Você costuma utilizar a rede básica de saúde?
7. Em quais situações você busca a rede básica de saúde?

APÊNDICE C – Questionário de Perfil dos Participantes

INSTRUMENTO DE PESQUISA

Orientanda: Andressa Delazeri Moreira

Orientadora: Maristela Vargas Losekann

Este instrumento faz parte do projeto do Curso de Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde, tendo como tema **“PRINCIPAIS CAUSAS DA SUPERLOTAÇÃO DE UMA EMERGÊNCIA EM UM HOSPITAL PRIVADO DE PORTO ALEGRE”**.

I - Questionário de perfil dos participantes:

1. Idade? _____
2. Sexo: (1) Masculino (2) Feminino
3. Estado civil: (1) Solteiro(a) (2) Casado(a)/União estável (4) Viúvo(a) (5) Separado(a)/Divorciado(a)
4. Escolaridade: (1) Ensino fundamental incompleto (2) Ensino fundamental completo (3) Ensino médio incompleto (4) Ensino médio completo (5) Ensino superior incompleto (6) Ensino superior completo (7) outras: _____
5. Trabalha: (1) Sim (2) Não
6. Quantas vezes esteve consultando nos últimos 6 meses? (1) 1 – 5 vezes (2) 5 – 10 vezes (3) mais de 10 vezes
7. Em que cidade mora: (1) Porto Alegre (2) Região Metropolitana (3) Interior (4) Outro estado (5) Outro país
8. Atendimento particular: (1) Sim (2) Não
9. Classificação de Risco: (1) Vermelho (2) Laranja (3) Amarelo (4) Verde (5) Azul
10. Sinais vitais alterados: (1) Sim (2) Não
11. Grau da dor: (1) 1 – 4 (2) 5 – 7 (3) 8 – 10
12. Quanto tempo teve de espera da classificação de risco até a consulta médica: (1) Imediato (2) até 1 hora (3) 2 a 3 horas (4) 4 horas ou mais