

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM

GRASIELA VIDOR

**PERFIL DO PACIENTE ADULTO AVALIADO COMO NÃO CRÍTICO
EM UMA EMERGÊNCIA HOSPITALAR**

Porto Alegre

2013

GRASIELA VIDOR

**PERFIL DO PACIENTE ADULTO AVALIADO COMO NÃO CRÍTICO
EM UMA EMERGÊNCIA HOSPITALAR**

Trabalho de Conclusão de Curso desenvolvido como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Elisabeth Gomes da Rocha Thomé

Porto Alegre

2013

Dedico este trabalho a minha avó Vilma que vivenciou, através de minha escolha profissional, sonho de conquistar uma formação superior.

AGRADECIMENTOS

Já dizia Fernando Anitelli: “daquilo que é óbvio, daquilo que nos faz um tanto bem maior, daquilo que nos faz amadurecer diariamente: a capacidade que a gente tem de olhar no olho, de agradecer, de poder dialogar, criticar com sensibilidade, com coragem. Que a gente saiba valorizar cada momento nosso, porque todo mundo aqui já está automaticamente em extinção; só existe um de cada um de nós”.

Grata a Deus pelo dom da vida e por me privilegiar de exercer uma profissão magnífica. Agradeço a todos os que, mesmo distantes, torceram por mim.

À minha mãe que, na ausência de meu pai, preencheu meu coração de amor, me ensinou valores e me incentivou na construção e realizações de sonhos.

À minha avó, presente em todos os dias da minha vida, por me ensinar a importância de repartir com o outro, ser generosa e ter empatia.

À minha irmã, por todo apoio, carinho, torcida, por aplaudir de pé as minhas conquistas e ser um exemplo de sucesso. Ao meu cunhado, Matheus, prova viva de persistência e empenho, por me mostrar que a realização de um sonho depende do que construímos diariamente.

Ao Thafarel, meu amor, pelo incentivo e por compreender as minhas ausências e prioridades ao longo dos quatro anos de graduação.

Às minhas afilhadas, Lilith, Gabriela e Isabelli, para quem busco construir, com minhas atitudes, uma sociedade melhor.

À minha orientadora, Professora Doutora Elizabeth G. R. Thomé, por seu acolhimento, auxílio, aprendizado e respeito por minhas ideias e limitações ao longo desta caminhada.

À Professora Lurdes Busin, chefe do Serviço de Enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, por através de seu cuidado humanizado e exclusivo a cada paciente, ter feito com que eu me apaixonasse pela área de cuidado ao paciente crítico. Agradeço ainda, porque te tornastes minha amiga, desmistificando a ideia de que o professor é uma autoridade inalcançável.

À chefia de enfermagem, técnicos e enfermeiros da unidade de emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, por me acolherem como membro da equipe em meus estágios.

À enfermeira Mara, chefia de enfermagem da unidade 8º Sul do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, por ter me acolhido durante 17 meses de estágio assistencial, me cuidando como uma filha ao ser meu exemplo de profissional, líder e chefe; tratando-me como colega, respeitando minhas ideias e limitações e por valorizar minha presença.

À enfermeira Jéssica, da unidade 8º Sul, pela amizade que construímos e por ter me ensinado a sempre me posicionar frente ao que acredito. Saiba que, após te conhecer, muitas vezes saí do hospital de cabeça erguida e orgulhosa por não ter permitido que pessoas com atitudes e ideias egocêntricas se impusessem sobre nossa equipe e pacientes.

À minha, se assim posso dizer, equipe de técnicas de enfermagem da unidade 8º sul, por serem modelos ímpares no atendimento ao paciente. Agradeço também, por me permitirem aprender e por respeitarem meu tempo de insegurança. Vocês construíram a enfermeira que sou hoje!

Aos meus amigos de infância, Denys, Ana e Évelin, pelo carinho, apoio incondicional e compreensão pelas vezes em que não pude estar presente.

Às minhas colegas que se tornaram amigas ao longo da faculdade. À Jennifer Hochnadel, por valorizar a mim e minha família, me ensinar a ver o lado bom de todas as situações e a acreditar que tudo dará certo. À Laiana, companheira de estágios, com quem dividi a admiração pela área de adulto crítico e alguns dos melhores momentos da faculdade e da assistência. À Priscylla Sauer, exemplo de persistência, superação e mãe. Tenham certeza de que vocês tornaram as aulas muito mais agradáveis.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Escola Enfermagem, pelo ensino público e de qualidade que recebi. Quem dera os impostos que pagamos fossem tão bem aplicados em todas as áreas de gestão.

E finalmente, agradeço a meus pacientes, que foram tantos, mas singulares. Por sua paciência e respeito. Pelas vezes em que, diante de minha inexperiência, vocês se mostraram calmos e compreensivos. Talvez a minha ajuda tenha sido pequena diante do universo de aprendizado que vocês me proporcionaram.

*“Escolhes um trabalho que gostes,
e não terás que trabalhar nem um
dia na tua vida.”*

Confúcio

RESUMO

O serviço de emergência hospitalar tem por objetivo atender pacientes em situações que acarretam risco de morte imediato ou debilitação. Deve ter por característica, a alta rotatividade de pessoas; entretanto, hospitais públicos e privados estão constantemente com suas unidades de emergência lotadas não só por pacientes com risco real de morte, mas também por aqueles que não compreendendo o papel deste serviço o buscam para solucionar problemas de saúde, que poderiam ser resolvidos nos postos de saúde. Este estudo analisou o perfil do paciente adulto avaliado como não crítico que busca atendimento na emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. A abordagem é quantitativa, sendo a amostra constituída por 151 pacientes com prioridade clínica IV, cor verde pelo Protocolo de Manchester. Constatou-se, que a maioria era do sexo feminino, na faixa etária de 60 anos ou mais, com 1º grau incompleto e renda familiar de até dois salários mínimos. Quanto ao atendimento, a maioria dos pacientes possuíam situações de emergência clínica, sendo as principais queixas, dor abdominal, dor e edema em extremidades e cefaleia. Sobre a procedência, observou-se que a maioria residia em Porto Alegre e tinha consciência da existência de unidade de saúde próxima a sua casa, mas não acreditava na resolução de sua queixa no nível primário. Conclui-se que o paciente que procura a emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre procurava resolutividade para seu problema e acreditava que a unidade básica da região onde mora não tinha condições para ajudá-lo. Conclui-se que a educação do usuário é uma maneira eficaz de reduzir a superlotação dos serviços de emergência em toda a cidade.

Descritores: Enfermagem em Emergência. Perfil de Saúde. Triagem de Pacientes.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição dos pacientes considerados não críticos que procuraram a unidade de emergência segundo características sócio-demográficas, Porto Alegre, RS, 2013.	24
Tabela 2 -	Distribuição das queixas principais dos pacientes avaliados como não críticos que procuraram a unidade de emergência segundo sexo do entrevistado, Porto Alegre, RS, 2013.	25
Tabela 3 -	Distribuição dos pacientes avaliados como não críticos que procuraram a unidade de emergência segundo tipos de emergências e previsão de tempo de espera para atendimento, Porto Alegre, RS, 2013.	27
Tabela 4 -	Distribuição dos pacientes avaliados como não críticos que procuraram a unidade de emergência segundo tipo de emergência e tempo real de espera para atendimento, Porto Alegre, RS, 2013.	28
Tabela 5 -	Distribuição dos pacientes residentes no município de Porto Alegre nas diferentes gerências distritais a partir do bairro em que residem, Porto Alegre, 2013.	29
Tabela 6-	Relação das justificativas dos pacientes avaliados como não críticos que procuraram a unidade de emergência quanto a resolatividade de sua queixa na Unidade de Saúde, Porto Alegre, RS, 2013.	31
Tabela 7 -	Distribuição das justificativas dos pacientes avaliados como não críticos que não buscaram atendimento nas USs antes do atendimento na emergência do HCPA, Porto Alegre, RS, 2013	31

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1 - Distribuição dos pacientes avaliados como não críticos que procuraram a unidade de emergência por tempo real de espera para atendimento, Porto Alegre, RS, 2013. 26
- Figura 2 - Distribuição dos pacientes avaliados como não críticos que procuraram a unidade de emergência por tempo real de espera para atendimento, Porto Alegre, RS, 2013. 27
- Figura 3 - Distribuição dos pacientes avaliados como não críticos que procuraram a unidade de emergência conforme motivo pela escolha da emergência do HCPA, Porto Alegre, RS, 2013. 30

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	OBJETIVOS.....	15
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	16
4	MÉTODO.....	19
4.1	Tipo de Estudo.....	19
4.2	Local da Pesquisa.....	19
4.3	População e Amostra.....	19
4.4	Coleta de Dados.....	20
4.5	Análise dos Dados.....	21
4.6	Aspectos Éticos.....	21
5	RESULTADOS.....	23
6	DISCUSSÃO.....	32
	REFERÊNCIAS.....	41
	APÊNDICE A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	46
	APÊNDICE B: Instrumento para coleta de dados.....	47
	ANEXO A: Termo de Compromisso para Utilização de Dados.....	49
	ANEXO B: Termo de Aprovação da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem	50
	ANEXO C: Termo de Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre	51

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é organizado em rede integrada de modo que o atendimento ao usuário não sofra interrupções. O glossário do Ministério da Saúde (MS) definiu a cobertura dos serviços de saúde como uma "oferta sistematizada de serviços básicos de saúde, que satisfaçam às necessidades de uma população determinada, proporcionada de forma contínua e que garanta o acesso da população aos diferentes níveis de atendimento do sistema de serviços de saúde" (BRASIL, 2004a, p.37). Dessa forma, inicialmente, o usuário deve buscar atendimento na unidade de saúde (US) próximo a sua residência para, se necessário, ser encaminhado a um nível de complexidade mais alto. Após esse atendimento, o usuário retornará a US para ser acompanhado.

A mesma resolução define os níveis de complexidade como limites utilizados para hierarquizar os estabelecimentos do sistema de saúde de acordo com as características das atividades prestadas. O nível primário, representado por US e Estratégia de Saúde da Família (ESF), é caracterizado por atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde no nível ambulatorial, agrupando atividades de saúde, saneamento e apoio diagnóstico. Representando a porta de entrada no sistema, deve resolver 80% dos problemas de saúde, sem que haja necessidade de encaminhamento (BRASIL, 2004a).

O nível secundário é responsável por desenvolver atividades assistenciais nas especialidades médicas básicas: clínica médica, gineco-obstetrícia, pediatria e clínica cirúrgica. Desenvolve ainda atividades em especialidades estratégicas como, nas modalidades de atenção ambulatorial, internação, urgência e reabilitação. A este nível, pertencem as unidades mistas, ambulatórios gerais, hospitais locais e hospitais regionais. O nível mais complexo, o terciário, caracteriza-se pela capacidade de resolução de casos mais complexos do sistema, nas modalidades de atendimento ambulatorial, internação e urgência, sendo representado por ambulatórios e hospitais de especialidades (BRASIL, 2004a).

A articulação deste modelo baseado em pirâmide, no qual o usuário é remetido ao nível de complexidade de que necessita é conhecida como sistema de referência e contrarreferência. Referenciar é encaminhar o usuário para um atendimento com níveis de especialização mais complexos. Enquanto, contrarreferenciar significa conduzir o usuário ao menor grau de complexidade e isso acontece quando a necessidade do usuário, em relação aos serviços de saúde, é mais simples, ou ainda, quando, após alta hospitalar houver necessidade

de acompanhamento. Estes conceitos permitem ao SUS efetivar um de seus princípios, a integralidade (FRATINI, SAUPE, MASSAROLI, 2008).

A crescente dificuldade dos serviços primários e secundários de saúde em promover a resolutividade no primeiro atendimento tem gerado o aumento na procura dos serviços terciários. Ainda que a Política Nacional de Humanização (PNH) tenha sido criada buscando a melhora no fluxo de atendimento, as unidades básicas de saúde ainda enfrentam problemas como a falta de estrutura e de pessoal, levando a população a procurar os serviços de emergência em hospitais na certeza de encontrar resolutividade para seu problema.

No ano de 2003, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Urgência e Emergência com o objetivo de estruturar e organizar a rede de urgência e emergência em todo o país. A política visou a articular e integrar toda a rede de atenção de modo a oferecer um acesso humanizado e atendimento qualificado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde de forma ágil e oportuna. A rede de urgências possibilitou ainda, oferecer à população o serviço mais próximo à residência do paciente (BRASIL, 2003a).

Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (2012), o SUS possui 2.327 hospitais com perfil de urgência e emergência. Segundo Silva (2011, p.5), o serviço de urgência e emergência hospitalar tem por objetivo atender pacientes com “entidades patológicas que acarretam risco de vida imediato ou debilitação importante e devem ser tratadas em poucos minutos, enquanto que as urgências são aquelas que necessitam de tratamento em até 12 horas”. Este atendimento deve ser prestado por meio da oferta de serviços de alta complexidade e estrutura física e humana para garantir todas as manobras de sustentação à vida (ROTSTEIN, 2002). Deve ter por característica, a alta rotatividade de pessoas; entretanto, o que se observa é que constantemente hospitais públicos e privados mantêm suas unidades de emergência lotadas não só por pacientes com risco real de morte, mas também por aqueles que não compreendem o papel deste serviço e o buscam para solucionar problemas de saúde, que poderiam ser resolvidos nos postos de atendimento básico.

Conforme Abreu et al (2012) em estudo realizado no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de Porto Alegre, a percepção sobre urgência dos usuários são variadas e “nem sempre correspondem às alterações biológicas consideradas urgentes pelos critérios biomédicos”. A escolha pelos serviços de urgência e emergência decorre da expectativa de uma atenção rápida e segura.

Situação que tem aumentado consideravelmente nos últimos anos, e que implica em superlotação das emergências e horas perdidas na espera por atendimento. Outro fator que contribui para a lotação é a falta de leitos hospitalares para a internação na rede pública e o aumento da longevidade da população (SIQUEIRA, 2010). Dessa forma, absorvendo a demanda dos serviços primários de saúde, as emergências têm seus serviços prejudicados, além do acúmulo de tarefas que sobrecarrega as equipes de profissionais podendo acarretar, algumas vezes, na baixa qualidade do serviço oferecido e nos repetidos retornos.

Para organizar os serviços de emergência, priorizando o atendimento dos pacientes mais graves e buscando atendê-los conforme os preceitos do SUS a PNH recomendou em forma de diretriz a criação e adoção do sistema de acolhimento com classificação de risco (ACR). O acolhimento tem por objetivos avaliar o paciente logo na sua chegada, reduzir o tempo de espera para o atendimento médico; e determinar a área de atendimento primário, devendo o paciente ser encaminhado diretamente às especialidades médicas conforme protocolo (BRASIL, 2004b).

O acolhimento é realizado prioritariamente pelo profissional enfermeiro após treinamento específico, mas isso não exige que toda a equipe envolvida no processo seja treinada. Segundo a Portaria nº 2.048/GM, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), devem-se criar núcleos de educação em urgências e proposição de grades curriculares para capacitação de recursos humanos da área. Dessa forma, se fortalece a ideia de integralidade da assistência ao indivíduo.

O acolhimento representa um dos princípios do cuidado em emergência, ele é fundamental em qualquer serviço onde haja superlotação. O método mais utilizado é o Sistema de Triagem de Manchester, implementado no ano de 1997 em Manchester, na Inglaterra. Esse método promove o atendimento de acordo com o critério clínico e define o tempo recomendado para o atendimento médico a partir de um protocolo com 54 fluxos que abrangem situações previsíveis.

A partir de cada um dos fluxos o profissional direciona a cor de identificação correspondente à queixa do paciente. Deste modo, cada cor define a prioridade, em minutos, de atendimento. As cores são: azul, verde, amarelo, laranja e vermelho; representando a cor azul, não urgente (até 240min de espera); a cor verde, pouco urgente (até 120min de espera); a cor amarela, urgente (até 60min de espera); laranja, muito urgente (até 10min de espera) e vermelho, necessidade de atendimento imediato (BRASIL, 2004c).

O uso do protocolo de Manchester permite que o paciente crítico, ou seja, “aquele que sofreu uma ameaça vital potencialmente reversível” (PEREIRA, 2006, p. 41), receba de

maneira rápida e eficiente o atendimento de que necessita. Todavia, o atendimento nos serviços de urgência ao paciente não crítico, sem ameaça de morte, classificado em cores azul ou verde, acaba expondo a deficiência do sistema hospitalar brasileiro, uma vez que não o contrarreferencia para a unidade de saúde ao qual pertence, gerando a falsa impressão de que a solução para seus problemas de saúde só é encontrada na emergência hospitalar (SIMONS, 2008).

Estudo de O'Dwyer, Oliveira e Seta (2009) mostra que 65% dos pacientes que buscam os serviços de emergência poderiam estar sendo atendidos em ambulatórios, pois ao procurar a emergência, o usuário busca tratar o sintoma que o está incomodando e ignora a causa do problema. Além disso, a maioria dos pacientes desconhece quais sinais e sintomas são de fato indicativos de necessidade para procurar uma emergência hospitalar. Sendo assim, o enfermeiro deve atuar de modo a focar a continuidade do tratamento, direcionando e integrando o paciente à equipe de saúde, ao médico e a sua unidade de saúde (VALENTIM, SANTOS, 2009).

O serviço de emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), hospital-escola da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), local onde foi realizada a pesquisa, foi criado em 1976 e caracteriza-se pelo atendimento de Urgência e Emergência a pacientes adultos e pediátricos. É composto por 39 enfermeiros e 116 técnicos de enfermagem, distribuídos nas seguintes áreas assistenciais: acolhimento com avaliação e classificação de risco, unidade de observação pediátrica, unidade de internação, unidades de observação verde e laranja e unidade vascular. Constitui-se como porta para o sistema hospitalar, visando a ampliar e qualificar o acesso integral aos usuários. Atendendo a diretriz do acolhimento com avaliação e classificação de risco da PNH, proposto pelo MS (BRASIL, 2004b), o hospital adotou em setembro de 2011 o Protocolo de Manchester que objetiva pactuar respostas resolutivas aos problemas de saúde dos pacientes e prestar atendimento qualificado. O serviço tem capacidade para atender 49 pacientes adultos; entretanto, mantém-se quase que constantemente em superlotação, chegando a atingir o triplo da capacidade de atendimento; tendo taxa de ocupação, no ano de 2012, de 155% (HCPA, 2012).

Observando esse contexto busquei analisar o perfil do paciente adulto que procura o serviço de emergência do HCPA, sendo avaliado pelos profissionais da saúde como não crítico. A identificação desse paciente poderá servir de subsídio na reformulação do sistema de registro eletrônico, utilizado pelo profissional responsável pela classificação de risco atualmente, e uma maior compreensão das questões relacionadas às US de referência do paciente. Esses dados poderão contribuir para uma melhor comunicação e interrelação no

atendimento aos problemas de saúde do paciente, por parte das unidades de saúde, e quem sabe assim diminuir a busca por atendimento na emergência desta população.

2 OBJETIVOS

Objetivo geral:

Analisar o perfil do paciente adulto avaliado como não crítico que busca atendimento na emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Objetivos Específicos:

1. Caracterizar o perfil sócio-demográfico de morbidade e comorbidades.
2. Descrever os motivos de busca ao serviço de emergência.
3. Identificar a Unidade de Saúde de origem e a relação paciente-serviço primário.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Antes da criação do Sistema Único de Saúde, as ações desenvolvidas pelo MS em conjunto com estados e municípios eram quase que exclusivamente de promoção da saúde e prevenção de doenças. Basicamente, desenvolviam-se campanhas de vacinação e controle de endemias; ações essas, de caráter universal. O direito à assistência à saúde, prestada pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), era concedido apenas aos trabalhadores da economia formal e seus dependentes. Aos indigentes, parcela da população sem vinculação com atividades previdenciárias, a assistência médico-hospitalar era prestada em situações de emergência por alguns municípios e estados e, especialmente, por instituições de caráter filantrópico como as Santas Casas (BRASIL, 2003b).

A partir da década de 70, com a crise de financiamento da Previdência, o INAMPS passou a adotar medidas para racionalizar suas despesas; e, na década de 80, começou a firmar convênios com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, cessando a obrigatoriedade da apresentação da Carteira de Segurado para o atendimento nos hospitais próprios e conveniados (BRASIL, 2003b). Em 1988, a nova Constituição Federal determinou bases para a edição da Lei nº 8080/90, que instituiu o SUS, sendo chamada de Lei Orgânica da Saúde, e foi posteriormente complementada pela Lei nº 8142/90.

O atual sistema de saúde baseia-se nessa legislação e vem sendo complementado com normas operacionais e portarias direcionadas para cada esfera de governo. Aos municípios menores, nos quais o investimento em saúde é pequeno e não existe demanda suficiente para que seja implantado um estabelecimento de nível secundário ou terciário, cabe a preocupação em locomover seus cidadãos aos municípios maiores em busca de hospitais de referência (SILVA, 2011). Em cidades que possuem estabelecimentos de saúde nos três níveis de complexidade cabe aos gestores e profissionais garantir o correto funcionamento do sistema de referência e contrarreferência a seus habitantes e àqueles provenientes de outras cidades. Entretanto, essa prática ao longo dos anos favoreceu a sobrecarga desses centros, onde o “acesso aos serviços do SUS tornou-se difícil, com filas de espera para consultas, exames e cirurgias” (MERPHY, 2004).

Em 2003, o MS lançou a Política Nacional de Humanização buscando “colocar em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar”. Um dos focos fundamentais da PNH é priorizar a atenção básica e hospitalar, com ênfase nos hospitais de urgência e universitários. Desse modo, possui uma

diretriz voltada ao acolhimento. Os serviços de urgência e emergência devem acolher através de uma escuta qualificada, de maneira a assegurar que todos sejam atendidos com prioridades a partir da avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco; comprometendo-se com a referência e contrarreferência, aumentando assim a resolução da urgência (BRASIL, 2004c).

Ainda no ano de 2003, o MS lançou a Política Nacional de Urgência e Emergência integrando as unidades de saúde e dividindo a atenção às urgências no SUS em quatro frentes: atenção básica, representadas por equipes de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192); Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e o setor de urgência dos hospitais. A política visa a garantir a ampliação do acesso e acolhimento aos casos agudos, à universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências e à implementação do modelo de caráter multiprofissional compartilhado por trabalho em equipe. Observa-se a possibilidade de trabalhar com um amplo conceito de saúde, no qual a intervenção e resposta às necessidades acontecem desde a prevenção ao tratamento e recuperação do indivíduo (BRASIL, 2003a).

Moraes (2007) relata a implantação desta diretriz em um hospital de Porto Alegre/RS. A maior preocupação encontrada foi de oferecer um atendimento de qualidade aos usuários, visto que os serviços de emergência foram criados com a finalidade de avaliar e manejar os pacientes nas primeiras etapas da crise. Os autores colocam que a identificação dos problemas é a primeira etapa na busca pelas mudanças necessárias. Relataram quatro principais problemas: recepção dos pacientes de forma inadequada, falta de padrão para a realização da triagem, falta de diferenciação de local para atendimento de pacientes muito graves e desconhecimento sobre o perfil da gravidade dos pacientes atendidos. A adoção de medidas, como o treinamento de pessoal, a adoção de novas tecnologias, a construção de um protocolo de atendimento e as capacitações, resultaram em um atendimento com alto grau de segurança ao paciente.

O acolhimento e classificação de risco é um processo sistemático que determina a prioridade de atendimento reduzindo a morbidade e mortalidade dos pacientes no serviço de emergência. Atualmente, existem cinco modelos de escala de triagem estruturada em uso: National Triage Scala (NTS), da Austrália; Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scala (CTAS), do Canadá; Emergency Severity Index (ESI), dos Estados Unidos; Model Andorra de Triatje (MAT), da Espanha; e, Manchester Triage System (MTS), do Reino Unido. Este último, é o sistema adotado no hospital em estudo. Ao adotar um sistema de triagem estruturado, é possível prever quais pacientes necessitarão permanecer internados e a quantidade de recursos que será necessária ao longo do tratamento (JIMÉNEZ, 2003).

A partir do sistema de acolhimento e classificação de risco os serviços de urgência tem um excelente método para ampliar o princípio bioético de justiça. O local onde o enfermeiro acolhe e classifica o paciente deve ser seguro, privado e confidencial, permitindo ao paciente um atendimento com privacidade. O processo deve ser dinâmico, contínuo e deve incluir momentos que tranquilizem o usuário. É necessário fornecer informações claras sobre o tempo de espera e a orientação do fluxo, no qual o paciente mais grave é priorizado (JIMÉNEZ, 2003).

Um dos argumentos para a excessiva demanda nos serviços de emergência é que a maior parte dos atendimentos realizados é decorrente de problemas que poderiam ser resolvidos na atenção básica. O conhecimento das características da população que frequenta um serviço de emergência constitui uma ferramenta de planejamento eficaz das ações propostas pela PNH. Lang et al (1996) mostra que na França, 76% dos atendimentos realizados em unidades de emergência são para resolver problemas não urgentes; já nos Estados Unidos, chega a 82% dos atendimentos. No Brasil, as estatísticas ainda são isoladas em estabelecimentos, e não há informação epidemiológica relacionada aos atendimentos, porém, quanto à Classificação de Risco a partir de Protocolo de Manchester, estudo mostra que 67% dos usuários são classificados em cor verde (OLIVEIRA, 2011). Estes, usualmente permanecem por horas aguardando atendimento.

O atendimento de qualidade deve começar no entendimento das necessidades de cada usuário. Ao primeiro atendimento, cabe a adoção de protocolos para avaliar e decidir se há ou não condição de urgência envolvida, ou, ainda, qual o melhor encaminhamento para cada necessidade verificada. O profissional enfermeiro ao avaliar o paciente deve, não só encaminhá-lo à especialidade de que necessita no momento, mas educá-lo de modo que este saiba quando e onde buscar soluções para seus problemas de saúde (OLIVEIRA, 2011).

4 MÉTODO

4.1 Tipo de Estudo

Esta pesquisa teve uma abordagem quantitativa. Um estudo com delineamento observacional, transversal e descritivo, seguindo as bases de orientação de Hulley (2006).

4.2 Local de Estudo

O local da coleta dos dados da pesquisa foi a unidade de emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – RS. A escolha deste local deu-se pelo fato de ser o hospital universitário da UFRGS, possuir uma emergência com superlotação quase que constante e ter sido um dos locais onde desenvolvi minhas atividades práticas durante o curso de enfermagem.

A unidade de emergência do HCPA atende pacientes pelos SUS 24 horas por dia, trabalha com o sistema de Acolhimento com Classificação de Risco, priorizando os pacientes graves. Possui as especialidades médicas: cirurgia geral, clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia. Atendeu nos primeiros cinco meses do ano de 2012, 30.486 usuários, uma média de 2.213 atendimentos mensais, sendo 36,3% deles classificados, a partir da aplicação do protocolo de Manchester, como de cor verde, ou seja, os pacientes que podem aguardar pelo atendimento por até 120 minutos (RELATÓRIO SEMESTRAL EMERGÊNCIA HCPA, 2012).

4.3 População e Amostra

Os sujeitos do estudo foram pacientes adultos que procuraram a emergência do hospital no horário compreendido entre 8h e 17h de segunda- feira a sexta-feira, em duas semanas do mês de abril.

A amostra foi constituída por 151 pacientes adultos, calculados pelo serviço de estatística do Grupo de Pesquisa e Pós Graduação do HCPA, com base na média mensal de pacientes que buscam o serviço a partir do programa WINPEPI, versão 11.1¹.

Os critérios de inclusão da amostra foram: pacientes adultos que buscassem atendimento na emergência do HCPA no horário compreendido entre 8h e 17h de segunda a sexta-feira, com idade a partir de 18 anos; fossem classificados como verde na classificação de risco e que possuíssem condições de se comunicar, independentemente de sexo, etnia ou classe social.

Os critérios de exclusão da amostra foram: pacientes que procurassem o serviço de emergência e em feriados; que estiveram internados nos últimos 12 meses em qualquer hospital; e aqueles que embora inicialmente classificados em cor verde, evoluíssem para outra cor de classificação; e, crianças que procurassem o serviço de emergência pediátrica.

4.4 Coleta de dados

Inicialmente foi comunicado à(o) enfermeira(o) que estava no acolhimento a presença do pesquisador e reforçado o propósito de sua presença no local durante o período proposto para a coleta. A coleta foi realizada conforme a demanda da procura por atendimento.

Após as apresentações iniciais o pesquisador junto ao enfermeiro identificavam os pacientes que atendiam aos critérios de inclusão no estudo e o pesquisador realizava o convite para participação. Obtendo o aceite para participar foi apresentado aos pacientes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) e o Termo de Compromisso para Utilização de Dados (ANEXO A) e solicitada à assinatura em duas vias. Com o termo assinado o paciente foi convidado a responder um questionário.

O questionário aplicado (APÊNDICE B) tem questões sobre perfil sócio-demográfico e de procedência. Divide-se em três partes: dados sobre o atendimento, dados sobre o entrevistado e dados sobre procedência. A primeira parte contém questões relacionadas ao turno e dia da entrevista, à aplicação do protocolo de Manchester no HCPA e à respectiva previsão de atendimento. A segunda parte é composta por dados sobre o entrevistado, que compreende questões sobre: idade, estado conjugal, escolaridade, ocupação atual, renda familiar, plano de saúde e tipo de plano, comorbidades pré-existentes, estado de saúde autorreferidos e por fim, morbidade autorreferida.

¹ Programa estatístico que calcula o tamanho da amostra utilizando apenas as informações relevantes, sem a necessidade da utilização de fórmulas.

A terceira parte do questionário contém questões sobre os dados de procedência, traz perguntas sobre o local onde reside o paciente, seu conhecimento e vínculo com a unidade de saúde a qual pertence. Questiona ainda a respeito da procura por atendimento no HCPA, na unidade de saúde e em outros serviços de emergência hospitalar.

Quanto à aplicação do questionário, inicialmente, foi apresentado o questionário ao paciente. Sendo trabalhadas, neste momento, apenas as questões da segunda e terceira parte. A coleta aconteceu em salas disponíveis no momento da entrevista na unidade, sem interferência no andamento dos atendimentos, como salas de exames e consultórios de uso multiprofissional, observando assim a privacidade do paciente. A coleta foi conduzida pela pesquisadora.

Após a entrevista os dados já existentes no sistema AGH foram consultados para preenchimento da primeira parte do questionário. Sendo que, no dia seguinte, realizou-se nova busca ao prontuário do paciente para identificar o horário que aconteceu o atendimento daqueles pacientes que até o final do período em que a pesquisadora esteve coletando os dados do estudo não haviam sido atendidos.

4.5 Análise dos dados

Os dados foram processados e analisados utilizando-se o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 19.0, e sua análise realizada através da estatística descritiva, com o objetivo de se obter a média das variáveis encontradas.

4.6 Aspectos Éticos

Para o desenvolvimento desse estudo, foram cumpridas as exigências legais e éticas. Dessa forma, o projeto foi enviado, inicialmente, à Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS (COMPESQ/EENF) para apreciação e emissão de parecer. Após a apreciação dessa comissão, o projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, local onde foi realizada a coleta de dados para segunda apreciação, sendo aprovado por esse comitê (parecer nº 13-0119 – ANEXO C).

No contato com cada paciente do estudo, explicou-se o objetivo do estudo, a relevância da pesquisa e o método da coleta dos dados. Também foi exposto que a participação na pesquisa não acarretaria em riscos ao paciente ou interferência no atendimento. Foram garantidas também a confidencialidade e a privacidade das informações fornecidas através do questionário aplicado, onde os pacientes foram classificados com números.

Participaram da pesquisa somente os pacientes convidados e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o Termo de Compromisso para Utilização de Dados, conforme a Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Os termos continham todas as informações recém-citadas; sendo, a assinatura em duas vias (BRASIL, 1996).

5 RESULTADOS

No mês de abril de 2013, período em que ocorreu a coleta de dados, foram atendidos na unidade de emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre aproximadamente 2.845 pacientes, segundo dados fornecidos pelos registros do AGH. Destes, 229 (8,04%) foram classificados de acordo com o Protocolo de Manchester em cor verde, ou seja, não críticos, com prioridade de atendimento pouco urgente; 28 (0,98%), em cor azul; 1330 (46,74%), em cor amarela; 947 (33,28%), em cor laranja; 22 (0,77%) em cor vermelha, com prioridade de atendimento imediato e 115 (4,04%) vindos diretamente ao Box de urgência, trazidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Para este estudo foram entrevistados 151 pacientes classificados em cor verde.

Quanto a distribuição das entrevistas por dias da semana, 46 (30,5%) foram realizadas na segunda-feira, 35 (23,2%) terça-feira, 7 (4,6%) quarta-feira, 37 (24,5%) quinta-feira e 26 (17,2%) sexta-feira. A coleta foi realizada quase que predominantemente no turno da manhã, 135 (89,4%).

A Tabela 1 apresenta as características da população deste estudo.

Tabela 1 – Distribuição dos pacientes considerados não críticos que procuraram a unidade de emergência segundo características sócio-demográficas, Porto Alegre, RS, 2013. (n=151)

Características	Pacientes Entrevistados	
	n	%
Sexo		
Feminino	102	67,5
Masculino	49	32,5
Faixa Etária		
18 a 29 anos	30	19,9
30 a 39 anos	26	17,2
40 a 49 anos	22	14,6
50 a 59 anos	25	16,6
60 anos ou mais	48	31,8
Estado Civil		
Solteiro	65	43,0
Casado	53	35,1
Separado/Divorciado	17	11,3
Viúvo	16	10,6
Escolaridade		
Não alfabetizado	4	2,6
1º Grau Incompleto	72	47,7
1º Grau Completo	21	13,9
2º Grau Incompleto	19	12,6
2º Grau Completo	22	14,6
3º Grau Incompleto	10	6,6
3º Grau Completo	3	2,0
Ocupação Atual		
Não trabalha	6	4,0
Desempregado	17	11,3
Dona de Casa	5	3,3
Diarista	3	2,0
Funcionário Público	5	3,3
Empregado de Carteira Assinada	68	45,0
Pensionista	7	4,6
Aposentado	40	26,5
Renda Familiar (Salário Mínimo)		
Sem rendimentos	5	3,3
Até 1 salário mínimo	36	23,8
Mais que 1 a 2 salários mínimos	45	29,8
Mais que 2 a 3 salários mínimos	39	25,8
Mais que 3 a 4 salários mínimos	19	12,6
Mais que 4 a 5 salários mínimos	7	4,6

Fonte: dados da pesquisa.

Do total de pacientes entrevistados, 25 (16,6%) possuem plano de saúde. Destes, 20 (80,12%) com cobertura hospitalar; predominando o plano Unimed (n=11; 43,97%), seguido de Ipê e Centro Clínico Gaúcho (n=5; 19,87% cada), Caixa Saúde (n=2; 7,83%) e *Golden Cross* e *Eco salva* (n=1; 4,21% cada). Ao serem questionados sobre as comorbidades pré-existentes, 90 (59,6%) referiram ser previamente hígidos, 29 (19,2%) hipertensos, 14 (9,3%)

hipertensos e diabéticos, 9 (6%) com outro problema de saúde, 4 (2,6%) hipertensos e com insuficiência cardíaca, 3 (2%) diabéticos e 2 (1,3%) com infarto agudo do miocárdio prévio. Quando convidado a avaliar seu estado de saúde naquele momento, 52 (34,4%) referiram estar bom, 42 (27,8%) regular, 30 (19,9%) ruim, 16 (10,6%) muito bom e 11 (7,3%) muito ruim.

As queixas que levaram os usuários a procurarem o serviço de emergência do HCPA, estão distribuídas na Tabela 2 conforme o sexo do entrevistado. Quanto ao tempo desde o início da queixa principal, observou-se um equilíbrio: até 24h, 54 (35,8%); de 2 a 7 dias, 54 (35,8%); e, de 8 a 30 dias, 43 (28,5%).

Tabela 2 – Distribuição das queixas principais dos pacientes avaliados como não críticos que procuraram a unidade de emergência segundo sexo do entrevistado, Porto Alegre, RS, 2013. (n=151)

Queixa Principal	Sexo do Entrevistado				Total	
	Feminino		Masculino		n	%
	n	%	n	%		
Dor abdominal	31	20,46	11	7,34	42	27,8
Dor e edema em extremidades	11	7,26	8	5,34	19	12,6
Cefaleia	11	7,26	6	4,04	17	11,3
Diarreia e vômitos	9	5,94	4	2,66	13	8,6
Dor lombar	7	4,62	1	0,68	8	5,3
Gestante com dor em baixo ventre	6	3,97	0	0,00	6	4,0
Ardência para urinar	5	3,30	1	0,70	6	4,0
Falta de ar	3	1,98	3	2,02	6	4,0
Gestante com sangramento	4	2,64	0	0,00	4	2,6
Abscesso	1	0,66	3	1,94	4	2,6
Dor de garganta	2	1,32	2	1,28	4	2,6
Mal estar	2	1,32	2	1,28	4	2,6
Dor e hiperemia em seios	3	1,98	0	0,00	3	2,0
Hematúria	2	1,32	1	0,68	3	2,0
Febre	0	0,00	3	2,00	3	2,0
Tosse	1	0,66	2	1,34	3	2,0
Prurido vaginal	2	1,32	0	0,00	2	1,3
Dor em região perineal	2	1,32	0	0,00	2	1,3
Dor anal	0	0,00	2	1,30	2	1,3
Total	102	67,5	49	32,5	151	100

Fonte: dados da pesquisa.

Após a classificação de risco, 116 (76,8%) pacientes foram classificados como emergências clínicas, 21 (13,9%) ginecológicas e 14 (9,3%) cirúrgicas.

O sistema AGH determina uma hora como previsão de atendimento do paciente após a classificação de sua queixa entre os três tipos que emergências que a unidade atende. A Figura

1 apresenta o percentual de pacientes distribuídos conforme sua previsão de espera para atendimento.

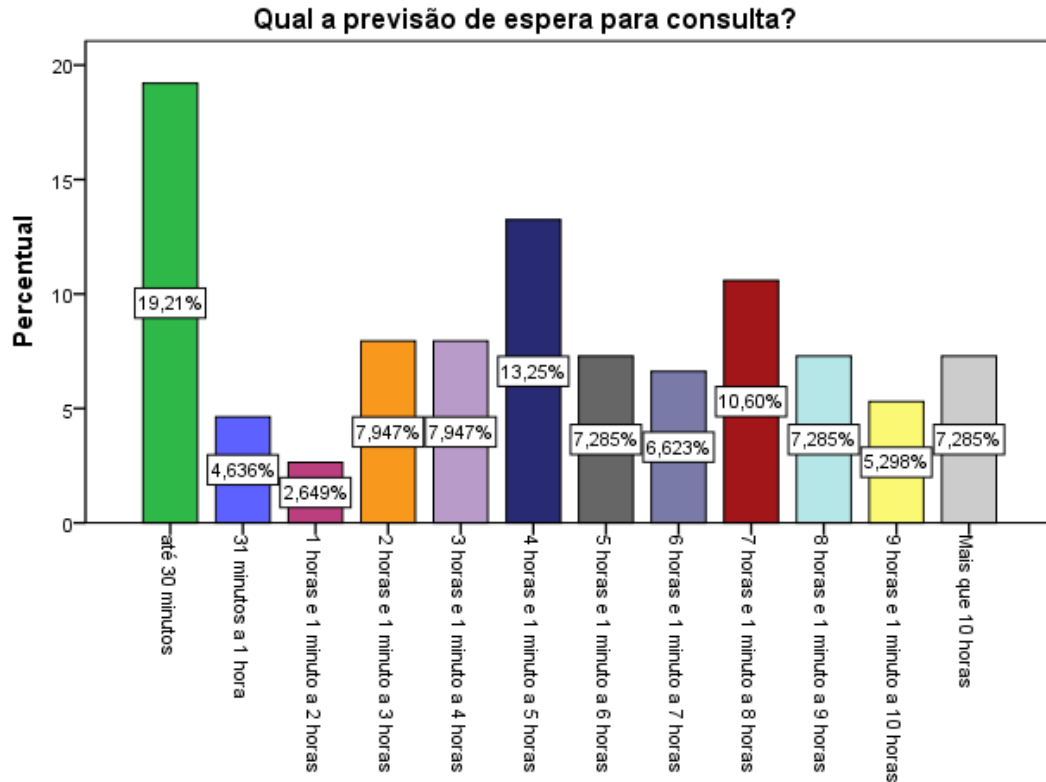


Figura 1 - Distribuição dos pacientes avaliados como não críticos que procuraram a unidade de emergência por tempo real de espera para atendimento, Porto Alegre, RS, 2013.

Os diferentes tipos de emergências apresentaram diferentes previsões no tempo de espera por atendimento. A Tabela 3, a seguir, apresenta a distribuição dos pacientes entrevistados segundo os diferentes tipos de emergência e a previsão de tempo de espera.

Tabela 3 - Distribuição dos pacientes avaliados como não críticos que procuraram a unidade de emergência segundo tipos de emergências e previsão de tempo de espera para atendimento, Porto Alegre, RS, 2013. (n=151)

Previsão de Tempo de Espera	Emergência Clínica		Emergência Ginecologia		Emergência Cirurgia	
	N	%	n	%	n	%
Até 30 min	1	0,86	17	80,95	11	78,57
31min a 1 hora	2	1,72	3	14,28	2	14,28
1h01min a 2 horas	2	1,72	1	4,76	1	7,14
2h01min a 3 horas	9	7,75	0	0,0	0	0,0
3h01min a 4 horas	11	9,48	0	0,0	0	0,0
4h01 min a 5 horas	20	17,24	0	0,0	0	0,0
5h01 min a 6 horas	11	9,48	0	0,0	0	0,0
6h01 min a 7 horas	9	7,75	0	0,0	0	0,0
7h01 min a 8 horas	16	13,79	0	0,0	0	0,0
8h01 min a 9 horas	10	8,62	0	0,0	0	0,0
9h01 min a 10 horas	12	10,34	0	0,0	0	0,0
Mais que 10 horas	13	11,20	0	0,0	0	0,0
Total	116	100	21	100	14	100

Fonte: dados da pesquisa.

Quando questionados 151 (100%) dos pacientes referiram terem sido informados quanto ao tempo de espera; e, 150 (99,33%) disseram que foram informados sobre o fluxo de atendimento no qual os pacientes mais graves são priorizados.

O intervalo de tempo real de espera por atendimento é apresentado pela Figura 2.

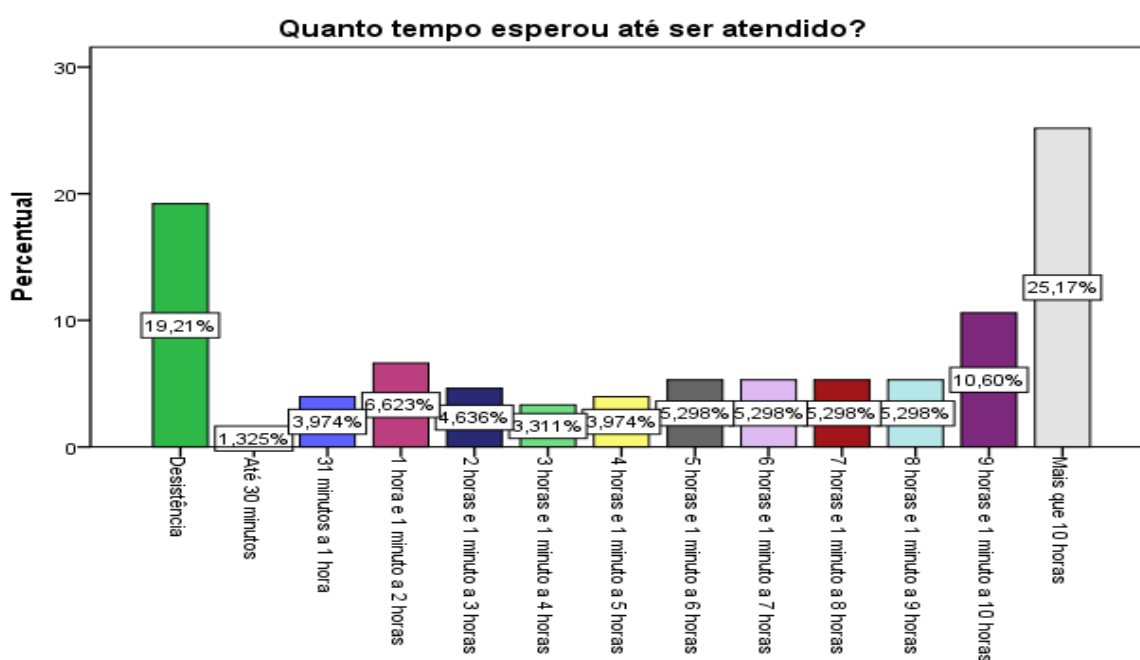


Figura 2 - Distribuição dos pacientes avaliados como não críticos que procuraram a unidade de emergência por tempo real de espera para atendimento, Porto Alegre, RS, 2013.

A tabela seguinte (Tabela 4) apresenta a distribuição dos pacientes entrevistados segundo os diferentes tipos de emergência e o tempo real de espera por atendimento.

Tabela 4 - Distribuição dos pacientes avaliados como não críticos que procuraram a unidade de emergência segundo tipo de emergência e tempo real de espera para atendimento, Porto Alegre, RS, 2013. (n=151)

Tempo real de espera por atendimento	Emergência Clínica		Emergência Ginecologia		Emergência Cirurgia	
	N	%	n	%	n	%
Até 30 min	0	0,0	2	9,52	0	0,0
31min a 1 hora	0	0,0	6	28,57	0	0,0
1h01min a 2horas	0	0,0	7	33,33	3	21,42
2h01min a 3 horas	1	0,86	6	28,57	0	0,0
3h01min a 4 horas	2	1,72	0	0,0	3	21,42
4h01 min a 5 horas	5	4,31	0	0,0	1	7,14
5h01 min a 6 horas	4	3,44	0	0,0	3	21,42
6h01 min a 7 horas	9	7,75	0	0,0	0	0,0
7h01 min a 8 horas	8	6,89	0	0,0	0	0,0
8h01 min a 9 horas	8	6,89	0	0,0	1	7,14
9h01 min a 10 horas	16	13,79	0	0,0	0	0,0
Mais que 10 horas	35	30,17	0	0,0	2	14,28
Desistência	28	24,13	0	0,0	1	7,14
Total	116	100	21	100	14	100

Fonte: dados da pesquisa.

Observando o longo tempo de espera a que os pacientes necessitariam aguardar para o atendimento, questionou-se quando à procedência; 104 (68,9%) eram de Porto Alegre, 36 (23,8%) da região metropolitana da capital e 11 (7,3%) de outros municípios do Rio Grande do Sul. Desconsiderando os 47 (31,1%) procedentes de outros municípios, àqueles que responderam ser de Porto Alegre, foi questionado sobre o bairro em que residiam, 12 (7,9%) responderam Partenon, 9 (6%) Lomba do Pinheiro, 7 (4,6%) Restinga e 83 (50,4%) informaram outros bairros distribuídos por toda a cidade. O município de Porto Alegre está dividido em dezesseis distritos sanitários e possui oito Gerências Distritais, dentre as quais se distribuem os 81 bairros (SMURB, 2013). Cada uma das gerências possui serviços de saúde dos diferentes níveis de atenção. A Tabela 5 apresenta a distribuição dos pacientes residentes no município de Porto Alegre nas diferentes gerências distritais a partir do bairro em que residem.

Tabela 5 – Distribuição dos pacientes residentes no município de Porto Alegre nas diferentes gerências distritais a partir do bairro em que residem, Porto Alegre, 2013. (n=104)

Gerência Distrital	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Centro	16	15,38
Glória/Cruzeiro/Cristal	21	20,19
Leste/Nordeste	13	12,5
Noroeste/Humaitá/Navegantes/Ilhas	6	5,79
Norte/Eixo Baltazar	15	14,42
Partenon/Lomba do Príncipe	12	11,53
Restinga/Extremo Sul	21	20,19
Total	104	100

Fonte: dados da pesquisa.

Quanto à existência de Unidade de Saúde próximo a residência do entrevistado, 143 (94,7%) responderam que sim, 5 (3,3%) que não e 3 (2%) não sabiam informar. A maioria, 120 (79,5%), relatou possuir cadastro nesta unidade de saúde. Buscando então conhecer o vínculo paciente-US, questionou-se sobre o número de vezes em que o entrevistado buscou atendimento em sua US de referência nos últimos 12 meses, 59 (39,1%) informaram não terem ido a US nenhuma vez, 29 (19,2%) foram uma vez, 26 (17,2%) foram duas vezes, 11 (7,3%) foram três vezes, 20 (13,3%) com frequência alternada entre quatro a oito vezes e apenas 6 (4%) foram 10 vezes ou mais. Do total de entrevistados, apenas 6 (4%) fazem parte de algum grupo em sua US de referência, destacando-se 2 (33,3%) que participam do grupo de hipertensos.

Com relação à busca por atendimento em outras emergências hospitalares no dia da entrevista, 139 (90,1%) responderam que não e 15 (9,9%) que sim. Aos que responderam positivamente, foi questionado sobre qual serviço procuraram; 10 (6,6%), responderam Complexo Hospitalar Santa Casa, 4 (2,6%) Hospital Conceição, 3 (2%) Hospital de Pronto Socorro, 2 (1,3%) Hospital Fêmeina e 1 (0,7%) Hospital Ernesto Dorneles. Buscando conhecer o vínculo paciente-serviço de emergência hospitalar, foi perguntado sobre o número de vezes que o entrevistado procurou atendimento em um serviço de emergência hospitalar, que não do HCPA, nos últimos 12 meses, 99 (65,6%) responderam nenhuma vez, 22 (14,6%) uma vez, 16 (10,6%) duas vezes, 6 (4%) três vezes, 5 (3,3%) quatro vezes, 2 (1,3%) seis vezes e 1 (0,7%) setes vezes.

Procurando conhecer o vínculo paciente-HCPA, questionou-se sobre o número de vezes que o paciente buscou atendimento na emergência do HCPA nos últimos 12 meses, 87 (57,6%) referiram nenhuma vez, 24 (15,9%) uma vez, 19 (12,6%) duas vezes, 10 (6,6%) três

vezes, 7 (4,6%) quatro vezes, 2 (1,3%) mais que 10 vezes, 1 (0,7%) referiu 5 vezes e 1 (0,7%) referiu 8 vezes.

Na figura 3 foram identificados 13 motivos para o paciente escolher a emergência do HCPA no dia da entrevista.

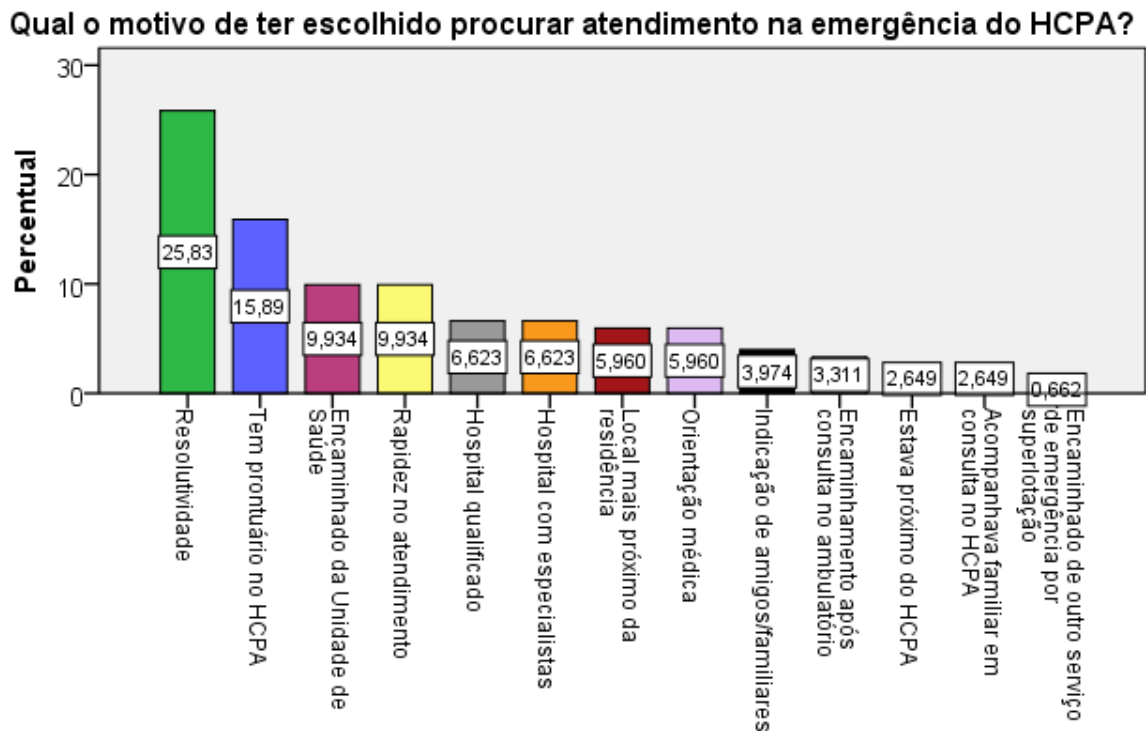


Figura 3: Distribuição dos pacientes avaliados como não críticos que procuraram a unidade de emergência conforme motivo pela escolha da emergência do HCPA, Porto Alegre, RS, 2013.

Quando questionado ao entrevistado se sua queixa poderia ser resolvida na US, 114 (75,5%) responderam que não e 37 (24,5%) que sim. A Tabela 7 apresenta a relação das justificativas dos pacientes quanto a resolutividade de sua queixa na Unidade de Saúde.

Tabela 6 – Relação das justificativas dos pacientes avaliados como não críticos que procuraram a unidade de emergência quanto a resolutividade de sua queixa na Unidade de Saúde, Porto Alegre, RS, 2013. (n=151)

Sua queixa poderia ser solucionada na US?					
Não			Sim		
Justificativa	n	%	Justificativa	n	%
Unidade de Saúde não realiza exames	30	26,31	Minha queixa não é grave	16	43,24
Minha queixa é grave	27	23,68	Equipe da Unidade de Saúde é qualificada	11	29,72
Minha queixa necessita atendimento com médico especialista	24	21,05	Se necessário, Unidade de Saúde me encaminhará para um serviço de emergência	6	16,21
Unidade de Saúde não possui estrutura/recurso	17	14,91	Unidade de Saúde tem estrutura	4	10,81
Minha queixa necessita de atendimento rápido	17	14,91			
Total	114	100	Total	37	100

Fonte: dados da pesquisa.

Entre os 151 pacientes entrevistados, apenas 30 (19,9%) informaram terem buscado atendimento em sua unidade de saúde de referência, no dia da entrevista, antes de procurarem atendimento na emergência do HCPA. A Tabela 7 mostra a justificativa dos 121 (80,1%) pacientes que não buscaram atendimento na unidade de saúde no dia da entrevista.

Tabela 7 - Distribuição das justificativas dos pacientes avaliados como não críticos que não buscaram atendimento nas USs antes do atendimento na emergência do HCPA, Porto Alegre, RS, 2013. (n=151)

Justificativa	n	%
Necessidade de retirar ficha na US	23	15,2
Gravidade do problema atual	21	13,9
Não possuir cadastro na US	21	13,9
Ter prontuário no HCPA	14	9,3
Estar com dor intensa (problema)	12	7,9
Achar o atendimento na US ruim	9	6,0
Ter familiar funcionário do HCPA	5	3,3
Estar em consulta no ambulatório	4	2,6
Se chegar cedo é encaminhado para zona 12	4	2,6
Estar próximo do HCPA	3	2,0
Ser orientado por familiares/amigos	3	2,0
Acreditar que falta médico na US	2	1,3
Acreditar na precariedade da US	1	0,7
Não se aplica	29	19,2
Total	151	100

Fonte: dados da pesquisa

DISCUSSÃO

O setor de classificação de risco da unidade de emergência do HCPA funciona 24 horas ininterruptas. Representa o terceiro local no fluxo que o usuário percorre ao procurar um serviço de emergência. Inicialmente é realizado o cadastro no sistema AGH pelo assistente administrativo na recepção da unidade, seguido da verificação dos sinais vitais e após é realizado o acolhimento com avaliação e classificação de risco pelo profissional enfermeiro. O HCPA adota o Protocolo de Manchester como instrumento classificador para entrada do paciente na Unidade de Emergência. No processo de acolhimento, no qual é feita a classificação de risco, o paciente é ouvido, suas queixas avaliadas e correlacionadas com o fluxo que determinará a cor correspondente a seu quadro. Sendo assim, a classificação com as cores: azul, verde, amarelo, laranja, vermelho e branco (sem classificação) determinará o tempo máximo recomendado de espera para o usuário ser atendido. Através do sistema AGH, as consultas listadas conforme ordem de emergência dentro da cor de classificação prioriza o atendimento aos pacientes com risco iminente de morte.

No mês da coleta, foram realizados 2.845 atendimentos na unidade de emergência do HCPA, em média 94 atendimentos/dia; considerando que a unidade possui 49 leitos reservados para pacientes adultos, constata-se a superlotação permanente da unidade. Fato que está presente em outras emergências do país conforme o estudo de O'Dwyr, Matta e Pepe (2008) no qual identificaram que apenas 20% dos serviços de urgência hospitalares negaram superlotação ao longo de um ano. Outro estudo mostra que surtos de doenças infecciosas sazonais, barreiras de acesso à atenção primária de saúde e a demora na marcação de consultas especializadas e recursos diagnósticos são situações que também contribuem para aumento da demanda (HOOT, ARONSKY, 2008). Para Carret et al (2007) a utilização incorreta do serviço de emergência, como a excessiva demanda de usuários com queixas simples, dificulta o acesso daqueles com risco de morte. Essa situação reduz a disponibilidade de assistência, produz resultados negativos e aumenta os custos hospitalares. Para Henneman et al (2010), a espera prolongada e o tempo de permanência superior a seis horas, contribuem para a superlotação dos serviços de urgência. Estudo de Oliveira, Mattos e Souza (2009), observou que os usuários justificam a superlotação dos serviços de urgência alegando que a demanda é grande devido à qualidade do atendimento.

Neste estudo, procurou-se analisar o perfil do paciente avaliado como não crítico que busca atendimento na emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Quando da coleta

de dados, destacou-se que os respectivos dias da semana apresentaram assimétrica distribuição no número de procura por atendimento, o que evidenciou a busca por atendimento mais acentuada no início da semana.

Os resultados mostraram que 67,5% dos atendidos foram para o pacientes do sexo feminino, coincidindo com um estudo realizado por Jacobs e Matos (2005), em que observou que as mulheres são as que mais utilizam os serviços de urgência. Pode-se relacionar ao fato que a mulher ainda permanece em casa a maior parte do dia, assim como os idosos, portanto com mais tempo disponível para procurar serviços de saúde nesses horários. Assim como em relação à idade, 61,8% dos entrevistados informaram ter 60 anos ou mais, o que foi identificado também por Mendoza-Sassi e Béria (2001) em que os grupos extremos de idade utilizam mais os serviços de saúde. Concordando com isso, Carret et al (2011) afirmam que os idosos são os que mais procuram o serviço de urgência hospitalar durante o dia. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010), o Brasil possui um número superior de mulheres em relação ao de homens, assim como a expectativa de vida feminina é de 77 anos enquanto dos homens é de 69,4 anos.

A maioria dos pacientes entrevistados informaram não ter concluído o 1º grau, fato que coincide com o estudo de Carret et al (2011), que mostrou que quase a metade dos seus entrevistados estudaram até 4 anos. Outros estudos internacionais, como o realizado na Itália, obtiveram o mesmo resultado (BIANCO, PILLEGI, ANGELILLO, 2003).

Os dados de escolaridade referidos anteriormente podem estar relacionados a renda desses usuários, porque assim como estudo de Menzosa-Sassi e Béria (2001), os resultados apontaram que são os usuários de baixa renda, os que mais procuram atendimento nas emergências hospitalares. Neste estudo 56,90% dos pacientes referiram renda de até dois salários mínimos, e 79,6% até três salários mínimos.

Quando questionado sobre possuírem cobertura de plano de saúde privado, 16,6% responderam positivamente. Destes, 80,12% contemplam cobertura hospitalar. Esse dado aproxima-se da taxa de cobertura de planos privados de assistência médica no Brasil que corresponde a 25,1%. De acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (2012), no ano de 2010, mais de 200 mil internações realizadas em estabelecimentos do SUS foram de pacientes beneficiários de assistência hospitalar privada. Situação que também é apresentada pelo Sindicato Médico do RS (2013), que o problema de superlotação das emergências esta relacionado à falta de leitos hospitalares. Segundo esse sindicato os pacientes que necessitam estar em leitos hospitalares acabam permanecendo mais tempo nas emergências devido à limitação da estrutura do hospital.

A maioria dos pacientes autorreferiu ser previamente hígido, o que pode ser explicado pelos motivos pontuais de procura por atendimento em que doenças progressas não foram responsáveis pela busca por atendimento.

Mas não podemos deixar de identificar que 19,2% relataram ser hipertensos, 2% diabéticos e 9,3% hipertensos e diabéticos. Dados que se aproximam daqueles achados em um estudo realizado na cidade de Pelotas no Rio Grande do Sul, onde 23,6% dos entrevistados possuíam hipertensão arterial e 6% eram diabéticos (COSTA et al, 2007). Esses achados nos alertam sobre a relação importante da incidência de hipertensos no Rio Grande do Sul.

A autoavaliação do paciente sobre seu estado de saúde leva a questionamentos, uma vez que as entrevistas ocorreram em pacientes que buscaram atendimento na unidade de emergência do hospital; e destes, 45% avaliaram o atual estado de saúde como bom ou muito bom e apenas 27, 2% avaliam como ruim ou muito ruim. Estudo de Oliveira et al (2011) mostra que este conflito deve-se às diferentes percepções de usuários e profissionais quanto ao conceito de urgência e/ou emergência e as necessidades impostas pelo contexto social em que estão inseridos.

As queixas mais frequentes foram dor abdominal (27,8%), dor e edema em extremidades (12,6%), cefaleia (11,3%) e diarreia e vômitos (8,6%). Esses achados são similares ao observados em outras pesquisas realizadas no Brasil (JACOBS; MATOS, 2005; BARAKAT, 2004; OLIVEIRA et al, 2011). A dor foi o grande motivo que levou os pacientes a procurarem a emergência do HCPA e esse sintoma é considerado como um fator incapacitante e de necessidade imediata a ser solucionado. Ainda que as queixas dos pacientes se diferenciem nos estudos, a maioria dos autores afirmam que a procura frequente nas unidades de emergência está relacionada à dor (PINES et al, 2011; MILBRETT; HALM, 2009; MEHL-MADRONA, 2008; MILARD, 2007).

Após ser classificada, a maior parte dos usuários possuía uma situação de emergência clínica e duas parcelas pequenas com emergências cirúrgicas e ginecológicas, o que é esperado considerando que a unidade estudada é classificada como uma emergência clínica. E para todo problema clínico é necessário uma consulta criteriosa e geralmente um suporte maior de exames complementares para que se estabeleça o diagnóstico. Situação que demanda tempo e ocupação dos leitos de emergência. Podemos relacionar também que no HCPA a longa espera pela consulta com o clínico está associada a poucas possibilidades que a cidade oferece a esse tipo de atendimento e a baixa procura por atendimento nas US. Quanto ao atendimento ginecológico não ser maior deve-se ao fato dessa emergência não ser referência

para esse atendimento no município de Porto Alegre. A cidade de Porto Alegre possui dois hospitais públicos especializados em atendimento materno-infantil.

Devemos considerar também que o longo tempo de espera para marcação de consulta via unidade de saúde é um dos motivos pelos quais os usuários preferem buscar atendimento diretamente na emergência. Entretanto, com o aumento da demanda nesse serviço, o fluxo de atendimento torna-se lento. Os intervalos de previsões de espera para consultas predominantes foram de “até 30 minutos” (19,2%), seguido de “4 horas e 1 minuto a 5 horas” (13,2%). Observou-se que as consultas para os pacientes com emergências clínicas tinham previsão de espera uniforme entre os diferentes intervalos, predominando “4 horas e 1 minuto a 5 horas” (17,24%), e destacando o intervalo “mais que 10 horas” (11,20%). O que aparece distribuído mais uniformemente quando falamos das emergências ginecológicas e cirúrgicas que apresentaram uma previsão de tempo máximo de espera de 2 horas, predominando “até 30 minutos” com 80,95% e 78,57%, respectivamente. Um dos principais motivos que causam a superlotação é o elevado tempo de permanência dos usuários no serviço (HENNEMAN, et al, 2010; BITTENCOURT; HORTALE, 2009).

Entretanto, ao observar o real tempo de espera por atendimento, predominaram os intervalos: “mais que 10 horas” (25,2%) e “9 horas e 1 minuto a 10 horas” (10,6%), além desses, a taxa de desistência do atendimento foi de 19,2%. Quando discriminadas quanto ao tipo de emergência observa-se que as emergências ginecológicas apresentaram um intervalo de tempo de espera para atendimento de “2 horas e 1 minuto a 3 horas” (28,57%), mantendo quase que inalterada a previsão e não houve desistência. As emergências cirúrgicas apresentaram uniformidade nos intervalos, alcançando o tempo real de espera máximo de “mais que 10 horas” (14,28%), sendo que apenas um paciente desistiu do atendimento. A equipe da clínica foi a que apresentou maior taxa de desistência (24,13%) e nenhum dos pacientes entrevistados recebeu atendimento em até 2 horas de espera. Predominou nesse tipo de atendimento o intervalo “mais que 10 horas” (30,17%).

Na unidade de emergência, 31,1% dos pacientes entrevistados eram residentes de outros municípios, que não Porto Alegre. Achado similar ao do estudo de Oliveira e Scochi (2002), em que 19% dos atendimentos realizados na unidade de urgência do Hospital Universitário Regional de Maringá eram de habitantes residentes de outras cidades. Para muitos usuários, o critério para escolha do serviço nem sempre considera o acesso geográfico, já que outros parâmetros, como a acolhida, resolutividade, experiências anteriormente vividas no serviço e estrutura física, são mais significativos (OLIVEIRA; MATTOS, SOUZA, 2009).

Entre os residentes da capital gaúcha, os bairros com maior incidência foram Partenon, Lomba do Pinheiro e Restinga. Analisando o mapa geográfico da cidade de Porto Alegre sabe-se que estes, são locais distantes do hospital onde foi desenvolvida a pesquisa; isso reforça a afirmativa de Barrier (2001) quando infere que a busca por atendimento está diretamente relacionada às necessidades do momento, de modo que a distância nem sempre é um fator relevante. Estudo de Oliveira e Scochi (2002) comprovou que muitas pessoas preferem procurar um serviço de urgência distante de sua residência e que seja resolutivo ao seu problema a procurar a unidade de saúde primária mais próxima. Em contrapartida, nas unidades de atenção primária ou especializadas a queixa aguda não é reconhecida como uma prioridade nem como função desses serviços, já que é entendida como sendo de pronto atendimento (MARQUES, LIMA, 2007). No município de Porto Alegre, existem 72 locais para atendimento na atenção primária, considerando unidades de saúde e estratégias de saúde da família (SMS, 2013). As Gerências distritais que apresentaram maior número de habitantes buscando atendimento na emergência do serviço, Glória/Cruzeiro/Cristal e Restinga/Extremo Sul, possuem, respectivamente, 25 e 10, unidades de saúde de nível primário.

A maior parte dos pacientes entrevistados (94,7%) relatou consciência da existência de unidade de saúde primária próximo a sua residência. Todavia, poucos informaram ter procurado atendimento nesta unidade antes de ir à unidade de emergência do HCPA. Segundo Marques e Lima (2007) a atenção primária tem se organizado em ações de prevenção e promoção da saúde, o que é fundamental para a melhoria da qualidade de vida da população. No entanto, por vezes desconsidera a necessidade dos usuários de uma resposta próxima e pouco complexa para os casos agudos. A falta de médico nas USs e a inexistência de vínculo com estas equipes são barreiras de acesso na atenção primária (BARROS; SÁ, 2010; OLIVEIRA, MATTOS; SOUZA, 2009). Contudo, autores defendem que não é possível afirmar que apenas o acesso facilitado a outros serviços evitaria a utilização inadequada das emergências, visto que estudos realizados na Suécia e nos Estados Unidos apontam que os indivíduos que utilizam muitas vezes os serviços de urgência são usuários frequentes em outros serviços de saúde (LACALLE; RABIN, 2010; JELINEK et al, 2008; OVENS; CHAN, 2001).

Do total de entrevistados, 39,1% informaram não ter buscado atendimento na US nos últimos 12 meses e, apenas 4% pertenciam a algum grupo de sua unidade. Aqueles pacientes que informaram não ter procurado atendimento na US no dia da entrevista (80,1%), argumentaram sua decisão a partir da necessidade de retirar ficha para atendimento, gravidade da queixa atual, não possuir vínculo pré-estabelecido com a US, ter prontuário no HCPA e

estar sentindo dor intensa. Mendes (2012, p.99) em seu trabalho aponta que “é a ausência de resolutividade na atenção primária em situações de urgência que leva as pessoas sem urgências e com urgências moderadas aos grandes hospitais, contribuindo para as filas e para os corredores cheios de pessoas”. Marques e Lima (2007) observam em seu trabalho que a atenção primária está organizada para o atendimento programado, o que conduz, mesmo que informalmente, os usuários aos serviços de urgência quando a demanda excede o programado. A desarticulação do sistema hierarquizado de serviços em níveis de complexidade repercute dentro dos serviços de urgência.

A resolutividade apontada por Mendes (2012), também aparece neste estudo. Observou-se que a maior parte dos entrevistados (25,8%) referiu ter escolhido a unidade emergência do HCPA, pois nela encontram resolutividade para seus problemas de saúde. Depois apareceram outros fatores, como o vínculo anteriormente estabelecido (possuírem prontuário no HCPA) (15,9%) e encaminhamento da unidade de saúde (9,9%). A afirmativa de que é o hospital de referência não apareceu quando questionado e sim como hospital qualificado (6,6%). Estudos apontam que vários são os fatores que influenciam na escolha do serviço de saúde, tais como a acolhida, qualidade e espera para atendimento, resolutividade, estrutura física, tecnologias disponíveis, experiências anteriormente vividas e familiar com vínculo estabelecido com o serviço (DALL’AGNOL; LIMA; RAMOS, 2009; LIMA et al, 2007; MARQUES; LIMA, 2007). Marques e Lima (2007) apontam que na percepção dos usuários as unidades de emergência representam locais que reúnem uma séria de recursos de medicina oficial, como consultas, remédios, procedimentos de enfermagem, exames laboratoriais e internações.

Ao levar o paciente à reflexão sobre a resolutividade de sua queixa, observou-se que 75,5% acreditavam que sua queixa não poderia ser resolvida na unidade de saúde próximo a sua residência. Como justificativa, 26,31% destes responderam que a US não realiza exames. Estudo de Pasarín et al, realizado no ano de 2006 em Barcelona, apresenta que os usuários valorizam as tecnologias oferecidas nos serviços de urgência. E esta dispõe de um amplo somatório de recursos, como consultas, remédios, procedimentos, exames laboratoriais e internações (MARQUES, LIMA, 2007).

Outros argumentos utilizados foram: a gravidade da queixa (23,68%), a necessidade de um médico especialista (21,05%), a falta de estrutura da US (14,91%) e a necessidade de atendimento rápido (14,91%). Quanto à gravidade da queixa, Barrier (2001) aponta que na percepção dos usuários, situações de urgência são aquelas em que o problema de saúde atrapalha a vida cotidiana. Contudo, Ludwig (2000) ao investigar a compreensão do paciente

sobre o atendimento nos serviços de urgência, constatou que estes procuram assistência para resolução de seus problemas, independente da gravidade. Sobre a busca pelo atendimento especializado, observa-se que nos serviços de urgência o acesso as diversas especialidades é facilitado, enquanto na atenção primária prevalece o médico generalista. Oliveira, Mattos e Souza (2009) citam que existe a associação de uma imagem de maior competência à figura do especialista em contraponto ao generalista; portanto, a falta de médicos especialistas nas unidades de saúde é um elemento expressivo do mal conceito que o usuário tem sobre o cuidado recebido no nível primário. A reclamação sobre a falta de estrutura nas USs para atendimento a queixas agudas justifica-se pelo pouco incentivo recebido do poder público para o atendimento às urgências nos serviços de menor complexidade, como a atenção primária, salas de estabilização e atenção domiciliar (LIMA, 2011).

Na justificativa dos entrevistados quanto a sua queixa ser solucionada nas USs 24,5% dos entrevistados afirmaram que acreditam que sua queixa poderia ser resolvida em atendimento na US. As justificativas apresentadas foram: a queixa não ser grave (43,24%), US possuir equipe qualificada (29,72%), encaminhamentos realizados pela US (16,21%) e US possuir estrutura (10,81%). A percepção de emergência é distinta entre as diferentes frentes que utilizam o sistema. Os profissionais baseiam-se na objetividade, enquanto os usuários baseiam-se na subjetividade. Entretanto, Abreu (2009) identificou que mesmo os usuários que conheciam o significado de urgência e emergência, buscavam o serviço para resolver suas demandas. Acosta (2012) observou que muitas vezes os usuários recorrem aos serviços de emergência por situações que, mesmo para eles, não tem caráter de urgência.

Observa-se, ainda, que é falho o fluxo de usuários no sistema, conforme a complexidade de atendimento. O sistema de referências, ainda que represente uma queixa dos usuários quanto ao tempo de espera para consultas especializadas, existe. As contrarreferências, contudo, ainda aparecem como uma lacuna no sistema de saúde por serem praticamente inexistentes (ACOSTA, 2012). Souza, Bonilha e Veronese (2008) mencionam que muitas vezes existe reincidência de quadros agudizados no mesmo indivíduo, porém a unidade de saúde de referência desse usuário não é informada que ele recebeu atendimento de urgência. O não fornecimento dos documentos formais de contrarreferência no serviço de urgência é mais uma barreira de acesso aos serviços da atenção primária para o usuário (MARQUES, LIMA, 2007). Para Simons (2008), a desarticulação dos serviços de urgência com os demais serviços da rede de atenção à saúde impossibilita a continuidade da atenção, comprometendo o princípio da integralidade.

CONCLUSÃO

As constantes superlotações dos serviços de emergências públicas e privadas no país têm levado a construções de estratégias baseadas nos processos de triagem clínica que integra o programa humaniza SUS do MS e o programa de acolhimento. A escuta qualificada por parte do profissional que realiza o acolhimento com classificação de risco tem facilitado a organização do atendimento tentando atender o usuário que busca uma maior rapidez nesse processo. No entanto não parece ser assim que esse processo acontece. Por uma série de fatores e não adequação do sistema de saúde proposto pelo estado, o atendimento das necessidades do usuário dentro do fluxo proposto os tem levado a procura das emergências e não a suas unidades propostas pelo sistema.

A população deste estudo apareceu na maioria como de baixa renda e mesmo conhecendo o fluxo prefere entrar em lista de espera longa para um atendimento que entende ser resolutivo a seu problema de saúde atual. O usuário que procura essa emergência, não necessariamente é da região proposta para seu atendimento. Ele sabe da existência de uma US próxima a sua residência e prefere na maioria das vezes esperar até 10h para ser atendido.

Acredita-se que a inexistência de contrarreferência por parte dos serviços de nível terciário colabora para o aumento indiscriminado de atendimentos nas emergências hospitalares. Além disso, dificulta que se estabeleça o vínculo dos usuários com as unidades de saúde.

Entende-se que os estabelecimentos de saúde de nível terciário devam estabelecer o que consideram o vínculo com o usuário e por quanto tempo este estará ativo para seu atendimento. Para aqueles pacientes que forem classificados como não críticos, após avaliação de risco, acredita-se que devam ser encaminhados para sua unidade de saúde de origem após um primeiro atendimento e contato com esta equipe garantindo assim a continuidade de seu tratamento e acompanhamento de saúde. A mesma conduta pode servir para os que após atendimento e internação em unidades clínicas ou cirúrgicas recebam alta

hospitalar, assim tentando construir um vínculo com as USs e diminuindo futuros retornos a unidade de emergência.

Sobretudo, acredita-se na educação do usuário como um método bastante eficaz na redução da superlotação dos serviços de emergência em toda a cidade. É necessário que o paciente conheça o nosso sistema de saúde e reconheça os sintomas sugestivos de risco de morte, compreendam também, em que situações o atendimento na unidade de emergência se faz necessário. Outro fator importante sobre o qual o paciente deve ser informado ao buscar atendimento em uma emergência é o fluxo e o porquê de sua classificação ser de determinada cor, entendendo assim o motivo por estar ou não sendo priorizado. Ao mesmo tempo entende-se que as USs devam se fazer reconhecidas e que busquem trazer o seu usuário próximo para acompanhamento em suas unidades.

Entende-se que a disponibilização da informação e a educação devam acontecer em todas as instâncias do atendimento de emergência e de forma continuada, tanto para o pacientes que procura o atendimento, como para o profissional que está trabalhando para solucionar a necessidade do usuário. Assim como uma reavaliação e divulgação do trabalho proposto pelas US. Dessa forma, o atendimento oferecido poderá ser melhor qualificado em todos os setores de atendimento de saúde.

REFERÊNCIAS

ABREU, K. P. **Situações de Urgência**: Visão dos usuários do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Porto Alegre. 2009. Trabalho de Conclusão de Curso. Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2009.

ABREU, K. P. et al. Percepções de urgência para usuários e motivos de utilização do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. [online]. 2012, vol.33, n.2, pp. 146-152. ISSN 1983-1447.

ACOSTA, A. M. **Usuários frequentes de um serviço de urgência**: perfil e motivos de busca por atendimento. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Porto Alegre, 2012.

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Foco**: Saúde Suplementar. 2012. Disponível em: <
http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Foco/20130124_foco_dezembro_web_2012.pdf>. Acesso em 12 maio 2013.

BARAKAT, S. F. C. **Caracterização da demanda do Serviço de Emergências Clínicas de um hospital terciário do município de São Paulo**. 2004. 130p. Apresentada como tese de doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

BARRIER, G. Les appels d'urgence au SAMU. Comptes rendus de l'Académie des sciences. Série III, **Sciences de La vie**, v. 324, n. 7, 2001.

BARROS, D. M; SÁ, M. C. O processo de trabalho em saúde e a produção do cuidador em uma unidade de saúde da família: limites ao acolhimento e reflexos no service de emergência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, 2010.

BIANCO, A.; PILLEGI, C.; ANGELILLO, I. F. Non-urgent visits to a hospital emergency department in Italy. **Public Health** 2003;117(4):250-5.

BITTENCOURT, R. J; HORTALE, V. A. **Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar**: uma revisão sistemática. Cadernos de Saúde Pública, v.25, n.7, 1439-54, 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. **Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Diário Oficial da União, Brasília, n. 201, p. 21082, 16 Out. 1996. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política **Nacional de Atenção às Urgências**/ Ministério da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2003a.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília : CONASS, 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Glossário do Ministério da Saúde**: projeto de terminologia em saúde / Ministério da Saúde –Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Portaria nº 2048/GM, de 5 de novembro de 2002**. Acesso em agosto 2012. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2048.htm>>. Acesso em ago 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. **Ministério da Saúde. HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

CARRET, M. L. V. et al. Características da demanda do serviço de saúde de emergência no Sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, supl 1, p. 1069-79, 2011.

CARRET, M. L. V.; FASSA, A. G.; DOMINGUES, M. R. Inappropriate use of Emergency Services: a systematic review of prevalence and associated factors. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 1, 2009.

CARRET, M. L. V; FASSA, A. G.; KAVACHI. Demand for emergency health service: factors associated with inappropriate use. **BMC Health Services Research**. V.7, n. 127-131, 2007.

CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Consulta serviços especializados**. Secretaria de Atenção a Saúde. Brasília, 2012. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades.asp?VEstado=00&VMun=00&VTerc=1&VServico=140&VClassificacao=00&VAmbu=&VAmbuSUS=&VHosp=&VHospSUS=1>. Acesso em dez 2012.

COSTA, J. S. D. da et al. Prevalência de hipertensão arterial em adultos e fatores associados: um estudo de base populacional urbana em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. [online]. 2007, vol.88, n.1, pp. 59-65.

DALL'AGNOL, C. M.; LIMA, M. A. D. S.; RAMOS, D. D. Fatores que interferem no acesso de usuários a um ambulatório básico de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 11, n. 3, 2009.

FRATINI, J. R. G.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Referência e contrarreferência: contribuições para a integralidade em saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**. 2008 jan-mar; 7(1):65-72.

HENNEMAN, P. L. et al. Emergency Department Patients Who Stay More Than 6 Hours Contribute to Crowding. *The Journal of Emergency Medicine*, v. 39, n. 1, 2010.

HOOT, N. R.; ARONSKY, D. Systematic Review of Emergency Department Crowding. **Annals of Emergency Medicine**, Estado Unidos, v. 52, n. 2, 2008.

HCPA. Hospital de Clínicas de Porto Alegre: **Serviço de Enfermagem em Emergência**. Porto Alegre, 2012. Disponível em: <<http://www.hcpa.ufrgs.br/content/view/464/1716/>>. Acesso em: 28 out. 2012.

HULLEY, B. S. et al. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

IBGE – Instituto Brasileira de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/censo2010/resultados_do_censo2010.pdf>. Acesso em 16 jun 2013.

JACOBS P. C.; MATOS E. P. Estudo Exploratório dos Atendimentos em Unidade de emergência em Salvador – Bahia. **Revista da Associação Médica Brasileira** 2005; 51(6):348-53.

JELINEK, G. A. et al. Frequent attenders at ED: a linked-data population study of adult patients. **The Medical Journal of Australia**, Strawberry Hills, v. 189, n. 10, 2008.

JIMÉNEZ, J. G. Clasificación de pacientes de los servicios de urgência y emergências: Hacia um modelo de triaje estruturado de urgências y emergências. **Emergencias** 2003;15: 165-74.

LACALLE, E; RABIN, E. **Frequent Users of Emergency Departments: The Myths, the Data and the Policy Implications**. *Annals of Emergency Medicine*, Estados Unidos, 2010.

LANG, T. et al. Non-urgent care in the hospital medical emergency department in France: how much and which health needs does it reflect?. **Journal Epidemiology Community Health**.1996;50:456-62.

LIMA, M. A. D. S. et al. Acesso e acolhida em unidades de saúde na visão dos usuários. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 1, 2007.

LIMA, M. A. D. S. **Relatório técnico do projeto**: “Estruturação da Rede de Serviços de saúde do Município de Porto Alegre para o Atendimento às Urgências”. Porto Alegre: 2011.

- LUDWIG, M. L. M. **O contexto de um Serviço de Emergência**: com a palavra, o usuário. 2000. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem, Universidade federal do Rio Grande do Sul, 2000.
- MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S. Demandas de usuários a um serviços de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, 2007.
- MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
- MENDOZA-SASSI, R; BERIA, J. U. **Utilización de los servicios de salud**: uma revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.17, n.4, 2001.
- MERPHY, E. E. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Revista Ciência e Saúde**. 2004; 9(2).
- MILBRETT, P; HALM, M. Characteristics and Predictors of Frequent Utilization of Emergency Services. **Journal of Emergency Nursing**, Estados Unidos, v. 35, n. 3, 2009.
- MILLARD, W. B. **Grounding frequent flyers, not abandoning them**: drug seekers in the ED. *Annals of Emergency Medicine*, v. 49, n. 4, 2007.
- MORAIS, J.G. (Org.). **Ações premiadas no 11º Concurso Inovação na Gestão Pública encaminhamento dos pacientes na emergência**. Brasília: Enap, 2007. 167 p. Disponível em: <http://inovacao.enap.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=103>. Acesso em: 1 nov. 2012.
- O'DWYER, G; MATTA, I. E. A; PEPE, V. L. E. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do estado do Rio de Janeiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n.5, 2008.
- O'DWYER, G. O.; OLIVEIRA, S. P.; SETA, M. H. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2009;14:1881-90.
- OLIVEIRA, G. et al. Perfil da população atendida em uma unidade de emergência referenciada. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** [online]. 2011, v.19, n.3, p. 548-556. ISSN 0104-1169. doi: 10.1590/S0104-11692011000300014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692011000300014&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 28 de outubro, 2012.
- OLIVEIRA, M. L. F.; SCOCHI, M. J. Determinantes da utilização dos serviços de urgência/emergência em Maringá (PR). **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 1, n. 1, p. 123-8, 2002.
- OLIVEIRA, L. H.; MATTOS, R. A.; SOUZA, A. I. S. Cidadãos peregrinos: os “usuários” SUS e os seus significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 5, 2009.

OVENS, H. J; CHAN, T. B. Heavy Users of Emergency Department: a population-based review. **Canadian Medical Association Journal**, v. 165, n. 8, p. 1049-50, 2001.

PASARÍN, M. I. et al. Razones para acudir a los servicios de urgencias hospitalarios. La población opina. **Gaceta Sanitaria**, Barcelona, v. 20, n. 2, 2006.

PEREIRA, L. A. **Desafios éticos**. Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul. – 1. ed. – Porto Alegre : Stampa, 2006. Disponível em: <http://www.cremers.org.br/download/desafios_eticos_ed01.pdf>. Acesso em nov 2012.

PINES, J. M. et al. **Frequent user of emergency department services: gaps in knowledge and a proposed research agenda**. *Academic Emergency Medicine*, v. 18, n. 6, 2011.

_____. **Relatório Semestral de Atendimento no Serviço de Emergência HCPA em 2012**. Porto Alegre, 2012.

ROTSTEIN, Z. Management by constraints: considering patient volume when adding medical staff to the emergency department. **Internal Medicine Australian Journal**. 2002;4:171-174.

SILVA, T. **Urgência e Emergência: modelos de gestão com acolhimento e classificação de risco em hospitais brasileiros**. Londrina, 2011. Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/nesc/eghss/mono/25.pdf>>. Acesso em nov 2012.

SIMERS. Superlotação desumana. **Vox Médica**. Ano XI I, nº 61, abril, 2013.

SIMONS, D. A. **Avaliação do perfil da demanda na unidade de emergência em Alagoas a partir da municipalização da saúde e do Programa Saúde da Família**. Recife, 2008. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/3891/2/000023.pdf>>. Acesso em dez 2012.

SMS. Secretaria Municipal de Saúde (POA). Prefeitura de Porto Alegre. **Serviços de Saúde: Estratégia de Saúde da Família**. 2013c. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?pg=1&p_secao=837>. Acesso em 16 maio 2013.

SMURB. Secretaria Municipal de Urbanismo. Prefeitura de Porto Alegre. Os bairros criados por lei. 2013. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/spm/default.php?p_secao=129>. Acesso em 01 maio 2013.

SIQUEIRA, I. L. C. P. **Qualidade em serviços de emergência**. In: Calil AM, Paranhos WY, organizadoras. O enfermeiro e as situações de emergência. São Paulo: Editora Atheneu; 2010.p.25-34.

SOUZA, A. C; BONILHA, A. L. L; VERONESE, A. M. Buscando a integralidade no atendimento ao indivíduo diabético: do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência à Atenção Primária à Saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 7, n. 1, 2008.

VALENTIM, M. R. S.; SANTOS, M. L. S. C. Políticas de saúde em emergência e enfermagem. **Revista de Enfermagem da UERJ**. 2009;17:285-9.

APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “PERFIL DO PACIENTE AVALIADO COMO NÃO CRÍTICO EM UMA EMERGÊNCIA HOSPITALAR”. O objetivo da pesquisa é identificar o perfil do paciente avaliado como não crítico na emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Será realizada uma entrevista com duração aproximada de 15 minutos.

Por meio da assinatura deste documento, você autoriza a sua participação neste estudo. A assinatura será em duas vias do TCLE, ficando uma via do mesmo com o Sr(a) e outra com a pesquisadora responsável. As informações coletadas no decorrer da presente pesquisa servirão para compor o relatório da pesquisa, e serão divulgadas em trabalhos científicos. Em nenhum momento seu nome aparecerá nos resultados apresentados. Sua participação é voluntária e lhe será garantido o direito de desistir a qualquer momento em que assim desejar. Sua desistência não lhe trará nenhum prejuízo no atendimento no HCPA. A assinatura deste documento também autoriza a pesquisa no prontuário através do sistema de registro eletrônico do HCPA para preenchimento da primeira parte do questionário composto por dados sobre o atendimento.

A participação neste estudo não oferece riscos para sua saúde, apenas um desconforto em relação ao tempo para realização da mesma. O estudo é realizado pela aluna Grasiela Vidor, graduanda do curso de enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), sob orientação da professora enfermeira Elisabeth Gomes da Rocha Thomé e as pesquisadores estão a disposição para esclarecer dúvidas em qualquer etapa da realização do estudo. A pesquisa traz como benefício a possibilidade de sugerir a reformulação do sistema de registro eletrônico, utilizado pelo profissional responsável pela classificação de risco, com complementação de questões relacionadas a US de referência do paciente, o que permitiria ao HCPA a comunicação com os serviços primários de saúde. Este contato entre HCPA e o nível primário visaria a comunicação e intervenção com melhor resolutividade dos problemas de saúde do paciente, por parte das unidades de saúde, diminuindo a busca por atendimento na emergência desta população.

Assim, declaro que estou ciente dos objetivos, justificativa e benefícios do estudo em questão e concordo em participar da mesma. Fui também informado: da garantia de requerer resposta a qualquer dúvida, da liberdade de deixar de participar do estudo a qualquer momento sei que isso traga prejuízo para mim, da segurança de que não serei identificado e de que será garantido a confidencialidade das informações relacionadas a minha pessoa.

Nome do participante: _____ Data: __/__/2013

Assinatura do participante: _____

Em caso de dúvidas, entre em contato com a pesquisadora e/ou com a Comissão de Ética em Pesquisa do HCPA.

Pesquisadora: Grasiela Vidor – Contato: (51) 93775505

Assinatura da pesquisadora: _____

Comitê de Ética em Pesquisa HCPA – Contato (51) 33597640.

APÊNDICE B: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

PERFIL DO PACIENTE ADULTO AVALIADO COMO NÃO CRÍTICO EM UMA EMERGÊNCIA HOSPITALAR

Dados sobre o atendimento		Nº instrumento:
1. Entrevista realizada em que turno:	() manhã Hora: _____ () tarde Hora: _____	
2. Entrevista realizada em que dia da semana:	() segunda () terça () quarta () quinta () sexta	
3. Hora de aplicação do protocolo de Manchester	_____h	
4. Previsão de espera para atendimento:	_____h	
5. Hora do Atendimento:		
6. Tempo real de espera:		
7. Aguarda consulta com qual equipe médica:	() Clínico () Ginecologia () Cirurgia	
8. Você foi informado quanto ao tempo de espera?	() Sim () Não	
9. Você foi informado sobre o fluxo de atendimento?	() Sim () Não	
10. Chegou acompanhado ao HCPA	() não () sim Por quem? _____	
11. Queixa principal:	() Dor abdominal () Febre () Cefaleia () Dor de garganta () Diarreia e vômitos () Abscesso () Ardência para urinar () Outro: _____	
Dados sobre o entrevistado:		
12. Sexo:	() masculino () feminino	
13. Idade:	_____ (anos completos)	
14. Estado conjugal:	() Solteiro () Casado () Separado/Divorciado () Viúvo () Outro	
15. Escolaridade:	() Não alfabetizado () 1º Grau incompleto () 1º Grau completo () 2º Grau incompleto () 2º Grau completo () 3º Grau incompleto () 3º Grau completo	
16. Ocupação atual:	() Não trabalha/desocupado/biscates () Desempregado () Dona de casa () Diarista () Funcionário Público () Empregado de carteira assinada	

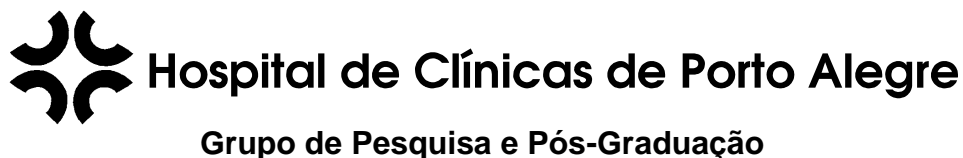
	<input type="checkbox"/> Pensionista <input type="checkbox"/> Aposentado
17. Renda Familiar (Salário Mínimo):	<input type="checkbox"/> Sem rendimentos <input type="checkbox"/> até 1 salário mínimo <input type="checkbox"/> de 1 até 2 salários mínimos <input type="checkbox"/> de 2 até 3 salários mínimos <input type="checkbox"/> de 3 até 5 salários mínimos <input type="checkbox"/> acima de 5 salários mínimos
18. Possui plano de saúde:	<input type="checkbox"/> sim Qual? _____ <input type="checkbox"/> não
19. Tipo de plano de saúde:	<input type="checkbox"/> ambulatorial <input type="checkbox"/> hospitalar <input type="checkbox"/> não se aplica
20. Comorbidades pré-existentes - autorreferidas:	<input type="checkbox"/> DM I <input type="checkbox"/> DM II <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> HAS + IC <input type="checkbox"/> IRC <input type="checkbox"/> DM + HAS <input type="checkbox"/> outro: _____
21. Estado de saúde autorreferido:	<input type="checkbox"/> muito ruim <input type="checkbox"/> ruim <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> bom <input type="checkbox"/> ótimo
Dados sobre procedência	
22. Procedência:	<input type="checkbox"/> Porto Alegre Bairro: _____ <input type="checkbox"/> Região Metropolitana <input type="checkbox"/> Outro município do RS
23. Existe Unidade de Saúde próximo a sua residência?	<input type="checkbox"/> sim Qual? _____ <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sei
24. Você possui cadastro nesta Unidade de Saúde?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
25. Você buscou atendimento em sua Unidade de Saúde antes de procurar a emergência?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Porque? _____
26. Quantas vezes você buscou atendimento em sua Unidade de Saúde nos últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> acima de 10 vezes
27. Você faz parte de algum programa nesta Unidade de Saúde?	<input type="checkbox"/> sim Qual? _____ (ex.: hiperdia) <input type="checkbox"/> não
28. Quantas vezes você buscou atendimento na emergência do HCPA nos últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> acima de 10 vezes
29. Você buscou atendimento em outras emergências hospitalares em Porto Alegre hoje?	<input type="checkbox"/> sim Quais? _____ <input type="checkbox"/> Não
30. Quantas vezes você procurou atendimento em outro serviço de emergência hospitalar nos últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> acima de 10 vezes
31. Motivo de escolha para procurar esta emergência hoje:	<input type="checkbox"/> Local mais próximo da residência <input type="checkbox"/> Resolutividade <input type="checkbox"/> Hospital de referência <input type="checkbox"/> Outro: _____
32. Você acha que sua queixa poderia ser resolvida na Unidade de Saúde?	<input type="checkbox"/> Sim Porque? _____ <input type="checkbox"/> Não Porque? _____

*HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica

*IC: Insuficiência Cardíaca

*IRC: Insuficiência Renal Crônica

ANEXO A: TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS



Termo de Compromisso para Utilização de Dados Institucionais

Título do Projeto

<p>PERFIL DO PACIENTE ADULTO AVALIADO COMO NÃO CRÍTICO EM UMA EMERGÊNCIA HOSPITALAR</p>	<p>Cadastro no GPPG</p>
---	-------------------------

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar as informações institucionais que serão coletadas em bases de dados do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas em atividades acadêmicas e científicas, no contexto do projeto de pesquisa aprovado.

Porto Alegre, ____ de _____ de 20__.

Nome dos Pesquisadores	Assinatura
Grasiela Vidor	
Elisabeth Gomes da Rocha Thomé	

ANEXO B: TERMO DE APROVAÇÃO DA COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM

25/02/13

Sistema Pesquisa - Pesquisador

Sistema Pesquisa - Pesquisador: Elisabeth Gomes Da Rocha Thome

Projeto Nº: 24109

Título: PERFIL DO PACIENTE ADULTO AVALIADO COMO NAO CRITICO EM UMA EMERGENCIA HOSPITALAR
COMISSAO DE PESQUISA DE ENFERMAGEM: Parecer

Pesquisadores atenderam as alterações recomendadas. Projeto Aprovado.

ANEXO C: TERMO DE APROVAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA E PESQUISA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE



HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

COMISSÃO CIENTÍFICA

A Comissão Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre analisou o projeto:

Projeto: 130119

Data da Versão do Projeto:

Pesquisadores:

ELISABETH GOMES DA ROCHA THOME

GRASIELA VIDOR


Título: Perfil do paciente avaliado como não crítico em uma unidade de emergência.

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos, metodológicos, logísticos e financeiros para ser realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Esta aprovação está baseada nos pareceres dos respectivos Comitês de Ética e do Serviço de Gestão em Pesquisa.

- Os pesquisadores vinculados ao projeto não participaram de qualquer etapa do processo de avaliação de seus projetos.
- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG)

Porto Alegre, 26 de abril de 2013.


Prof. José Roberto Goldim
Coordenação CEP/HCPA