



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Instituto de Comunicação e Informação
Científica e Tecnológica em Saúde

Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde

TRANSFERÊNCIA INTER-HOSPITALAR: A DIFÍCIL ABORDAGEM ENTRE OS HOSPITAIS DO GRUPO GHC

Vilene Crippa Petrillo

Orientador: José Maurício de Oliveira

Porto Alegre, 2009

VILENE CRIPPA PETRILLO

**TRANSFERÊNCIA INTER-HOSPITALAR: A DIFÍCIL ABORDAGEM ENTRE OS
HOSPITAIS DO GRUPO GHC**

Projeto de pesquisa apresentado como pré-requisito de conclusão do Curso de Especialização em Informação Científica e Tecnológica em saúde.

Parceria da Fundação Oswaldo Cruz com o Grupo Hospitalar Conceição.

Orientador: Prof. Dr. José Maurício de Oliveira

Porto Alegre

2009

Dedico este trabalho a minha família que sempre esteve ao meu lado me apoiando e tornando possível mais este sonho.

RESUMO

O presente projeto de pesquisa propõe uma reflexão sobre o problema da transferência inter-hospitalar e a implantação de um protocolo de transferência de pacientes do Hospital Cristo Redentor (HCR), após a realização de procedimentos neurocirúrgicos para o serviço de neurologia clínica e/ou medicina interna do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), e da mesma forma, quando ocorrer o inverso.

Nesse projeto, busca-se também, reforçar a idéia do atendimento em rede, estabelecendo parceria inter-hospitalar com um canal aberto bidirecional na circulação de pacientes. Esse tipo de modalidade - bi-direcional - é mais adequado tecnicamente, devido à demanda dos dois serviços hospitalares; e a possibilidade de sua real implantação de gerar ganhos para ambos os lados. Reforçar essa ação é de fundamental importância a fim de implantar atividades e procedimentos de forma multidisciplinar interagindo e articulando as diversas áreas para alcançar a integralidade da atenção da saúde no atendimento aos pacientes durante sua internação nos hospitais do Grupo Hospitalar Conceição.

Todo o projeto fundamenta-se nos preceitos da Linha de Cuidado preconizado pelo Ministério da Saúde, em conjunto com o Grupo Hospitalar Conceição (GHC) e pela Linha de Cuidado em Neurocirurgia (LCN) do HCR. Além disso, almeja contribuir para a redução do tempo médio de permanência hospitalar e para a integralidade do cuidado de pacientes.

Palavras chave: neurocirurgia, neurologia clínica, linha de cuidado, internação hospitalar, transferência, humanização, integralidade.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

GHC – Grupo Hospitalar Conceição

HNSC – Hospital Nossa Senhora da Conceição

HCR – Hospital Cristo Redentor

SUS – Sistema Único de Saúde

LCN – Linha de Cuidado da Neurocirurgia

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 JUSTIFICATIVA	12
2.1 FORMULAÇÃO DO PROBLEMA	13
3- Caracterizando o GHC	15
3.1 O HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO	15
3.2 O HOSPITAL CRISTO REDENTOR	16
3,3 LINHA DE CUIDADES EM NEUROCIRURGIA.....	17
4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	20
4.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	20
4.2 A integralidade no atendimento do SUS ...	24
5 ROTINAS E FLUXOS DE TRANSFERÊNCIAS DOS HOSPITAIS	25
5.1 Rotina e fluxo de transferência do HCR	25
5.2 Rotina e fluxo de transferência do HNSC	26
6 PROTOCOLOS DE ATENDIMENTO UMA NOVA VISÃO NA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA	27
7 OBJETIVOS	29
8 CAMINHOS METODOLÓGICOS	30
8.1 TIPO DE ESTUDO	30
8.2 CONTEXTO DO HCR.....	32
8.3 PARTICIPANTES	33
8.4 COLETA DE DADOS	33
9 ANÁLISE DE DADOS	35

10 RESULTADOS.....	36
11 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	37
12 CRONOGRAMA	38
13 ORÇAMENTO	39
REFERÊNCIAS	40
APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados HCR	42
APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados HNSC	43
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	44
APÊNDICE D – Carta ao Comitê de Ética em Pesquisa	45

1. INTRODUÇÃO

No cotidiano da prática hospitalar e profissional deparamo-nos, diariamente, com inúmeras situações que fogem ao domínio e prática da rotina que nos colocam diante de questionamentos sem respostas prévias.

O tema proposto neste estudo – Transferência inter-hospitalar: a difícil abordagem entre os hospitais do grupo GHC - reflete várias inquietações profissionais em especial em relação aos pacientes com seqüelas neurológicas e/ou complicação clínica em que já não é mais necessário algum tipo de procedimento neurocirúrgico, e sim, promover a melhora clínica do paciente.

Como trabalhadora do HCR observei que existem algumas dificuldades em transferir pacientes da LCN do HCR para o HNSC ambos integrantes do Grupo Hospitalar Conceição.

Esta situação gera um quadro de estresse em toda a equipe da LCN, pois não há mais nada neurocirúrgico, mas questões de ordem exclusivamente clínica a serem realizadas. Entretanto o paciente permanece ali na LCN ocupando um leito que poderia ser de outro usuário que estivesse necessitando de uma abordagem neurocirúrgica de urgência ou eletiva.

A Linha de Cuidado em Neurocirurgia convive, diariamente, com a dificuldade que os profissionais enfrentam em transferir os pacientes do Hospital Cristo Redentor para o Hospital Conceição, devido a inúmeras exigências administrativas unidirecionais.

A não transferência dos pacientes inter-hospitais traz a luz os problemas enfrentados pelos hospitais da rede do Sistema Único de Saúde (SUS), tais como: superlotação e aumento da permanência hospitalar. Desta forma, ocorrendo longos períodos

de espera dos usuários para serem atendidos pela rede de saúde do SUS. Essa situação gera, também, um impacto que se traduz na saturação dos leitos da LCN devido a pacientes fora de área de cuidados específicos da sua necessidade neurocirúrgica e com isso, dificultando a rotina da LCN.

Ponderando sobre o que a equipe passa em relação às causas da não transferência e também, pensando na continuidade do cuidado clínico específico ao paciente e mantendo a rotina o fluxo e desafogando a LCN, indagamos acerca do que seria o problema real da demora em aceitar a transferência desses pacientes.

Essa reflexão é de fundamental importância para o tema proposto, a fim de identificarmos as causas e as dificuldades dos profissionais envolvidos em buscar subsídios para viabilizar o aumento na rotatividade dos leitos hospitalares e com isso mitigar tal problema.

Frente a estas considerações este estudo tem como objeto principal: Construir um protocolo de transferência de pacientes inter-hospitais do GHC, especificamente entre o HCR e o HNSC de pacientes da LCN.

No que diz respeito aos objetivos específicos envolvidos no processo de pesquisa são: Identificar as causas da dificuldade de transferência de pacientes de um hospital para outro; Identificar os critérios, o perfil e as necessidades clínicas dos pacientes que podem ser transferidos de um hospital para outro com fluxo aberto para ambos os sentidos; Identificar a frequência de encaminhamento de pacientes do HCR para o HNSC e vice-versa; Identificar as etapas dos processos administrativos envolvidos em ambos os fluxos.

Acreditamos na construção de um protocolo de transferência entre os hospitais envolvidos, sua implantação e seu

eficaz funcionamento, terão o aumento da eficiência do uso de leitos, e conseqüentemente, um maior acesso aos usuários do sistema SUS.

2. JUSTIFICATIVA

O fator principal que motivou esse projeto foi à elevada demanda de pacientes graves que buscam atendimento na emergência do HCR e que necessitem de abordagem neurocirúrgica.

O grande número de pacientes que dependem dos procedimentos e atendimento da neurocirurgia têm provocado uma superlotação da unidade. Uma vez realizado o procedimento cirúrgico, parte dos pacientes pode ser transferidos dessa unidade cirúrgica para unidades de internação clínica, dessa forma, permitir o aumento das internações pela Linha de cuidado da neurocirurgia.

2.1 FORMULAÇÃO DO PROBLEMA

O HCR por ser referência em atendimento de urgência ao trauma da região norte de Porto Alegre; atender pacientes com consultas agendadas de ambulatório; realizar consultoria para pacientes encaminhados do HNSC e internação para LCN e diagnóstico diferencial e/ou indicação de procedimento cirúrgico, gera um aumento na demanda do número de pacientes internados e com isso, resultando numa difícil solução da superlotação.

Todos pacientes com indicação de procedimento cirúrgico são encaminhados para o ato cirúrgico. Após a resolução do aspecto neurocirúrgico (alta da neurocirurgia) seria indicado seu retorno ao hospital de origem ou sua internação em área clínica.

Uma situação crítica de superlotação do HCR está em promover o retorno destes pacientes para o HNSC a fim de dar continuidade ao tratamento clínico na medida em que a condição neurocirúrgica foi resolvida.

Atualmente, vêm crescendo na LCN o atendimento de pacientes que apresentam complicações clínicas no pós-operatório, principalmente as pulmonares devido à dependência física do paciente.

Tais complicações geram a necessidade de abordagem clínica permanente.

Nessas situações é que ocorrem à indicação de transferência para o HNSC, que não há mais intervenção neurocirúrgica, apenas necessitando tratamento clínico e/ou espera da melhora clínica. Caso o paciente não seja transferido para o hospital com vocação clínica o HCR dentro de suas limitações vocacional como hospital de referência em neurocirurgia e pronto socorro da zona norte de Porto Alegre.

Além disso, há uma limitação física espacial e é nesse contexto que a superlotação se instala levando a LCN a enfrentar o problema da falta de leitos impedindo procedimentos eletivos (entende-se aqui uma longa fila de espera) e implicando numa diminuição da qualidade no atendimento aos pacientes com casos de urgência.

3.CARACTERIZANDO O GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO

3.1 O GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO

O GHC compreende um dos maiores complexos hospitalares do Rio Grande do Sul, e o único com atendimento 100% pelo Sistema Único de Saúde (SUS) representando um novo modelo de gestão e assistência (SISTEMA GHC, 2008).

O GHC atende todos os pacientes seguindo os preceitos e metas do SUS, com a missão de desenvolver ações de atenção integral à saúde para a população.

O Grupo Hospitalar Conceição (GHC) apresenta uma nova face que garante à sociedade o acesso a uma saúde pública qualificada e humanizada, onde o foco principal está nas reais necessidades da população.

O novo GHC é fruto da implementação de ações que seguem diretrizes baseadas nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e nas políticas do Ministério da Saúde, com orientação estratégica do Governo Federal (SISTEMA GHC, 2008).

Por isso, no GHC, saúde é tratada como um direito constitucional. Em todas as ações desenvolvidas nas unidades do Grupo, se busca promover a cidadania, a inclusão e a justiça social.

O GHC assume um papel propositivo na agenda de organização do SUS, direcionando e reorganizando serviços conforme as necessidades de saúde da população, com a otimização e qualificação da sua capacidade interna; bem como efetuando a articulação e integração com todos os entes federados com base na inter-setorialidade das ações.

Formado pelos hospitais Conceição, Criança Conceição, Cristo Redentor, Fêmeina e doze Unidades de Saúde Comunitária,

o GHC tem mais de 7 (sete) mil trabalhadores, é vinculado ao Ministério da Saúde e atua integrado à rede de saúde local e regional. Atende a população de Porto Alegre, região metropolitana e interior do Estado (SISTEMA GHC, 2008).

3.2. O HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO

O Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) é considerado um hospital geral que oferece atendimento ambulatorial em todas as especialidades e conta com a maior Emergência do Rio Grande do Sul e possui capacidade para 840 (oitocentos e quarenta) leitos de internação (SISTEMA GHC, 2008).

3.3.O HOSPITAL CRISTO REDENTOR

O Hospital Cristo Redentor é considerado um Pronto Socorro da Zona Norte de Porto Alegre devido sua capacidade de atendimento ao trauma, principalmente de vítimas de acidentes de trânsito, de trabalho, de violência e queimados. Dispõe de 283 (duzentos e oitenta e três) leitos para internações.

O HCR é dividido por especialidades e compreende quatro linhas de cuidados: Linha de cuidado do trauma do idoso; linha de cuidado da saúde do trabalhador; linha de cuidado dos queimados e linha de cuidados em neurocirurgia, sendo pioneira das linhas (SISTEMA GHC, 2008).

3.3. LINHA DE CUIDADO EM NEUROCIRURGIA

A Linha de Cuidados da Neurocirurgia do Hospital Cristo Redentor estruturou-se num modelo de trabalho com base na organização e implementação das redes de atenção à saúde preconizada pelo Ministério da Saúde. Objetiva o desejo de reestruturação das redes para que sejam efetivamente integradas conforme o fundamento constitucional (BRASIL, 2008).

A linha de cuidado pensada pelo Ministério da Saúde seria de forma plena, que atravessa inúmeros serviços de saúde, onde o hospital é visto como fator fundamental da integralidade do cuidado pensado, ampliado e que caracterize a demanda da população (MERHY e CECÍLIO, 2003).

A Linha de Cuidado da Neurocirurgia do Hospital Cristo Redentor foi criada em abril de 2006 com o objetivo fundamental de contribuir para que ocorresse o processo de recuperação e reabilitação das pessoas sob cuidados neurocirúrgicos.

A estrutura organizacional da Linha de cuidados da neurocirurgia está embasada em uma equipe multiprofissional, interdisciplinar e que oferece atendimento universal, integral e humanizado.

Sua equipe é formada por Médicos neurocirurgiões, clínicos, cardiologistas, anestesistas, fisioterapeutas, enfermeiras, assistentes sociais, nutricionistas, terapeuta ocupacional, psicólogas, técnicos e auxiliares de enfermagem, além dos médicos residentes.

Quando necessário a LCN conta com o atendimento de outras especialidades do GHC.

Dentro do conceito de atendimento universal são atendidas todas as pessoas com necessidades de cuidados relacionados às seguintes doenças: acidentes cerebrais, medulares e de coluna, procedentes de Porto Alegre, Região Metropolitana e interior do RS. Pacientes provenientes de hospitais da Grande Porto Alegre, interior do RS ou outros Estados são recebidos via transferência após o contato prévio entre profissionais médicos (SISTEMA GHC, 2008).

Os pacientes que são encaminhados ao serviço compreende aquelas com doenças com indicação para tratamento neurocirúrgico ou para diagnóstico diferencial que indique ou não cirurgia.

A LCN através de agilidade e resolutividade para diagnosticar o distúrbio neurocirúrgico, tentam realizar a conduta o mais rápido possível assim, encaminhar para a alta e reabilitação do paciente.

Caso a patologia não tiver indicativo cirúrgico o paciente será remanejado para outro serviço da rede de saúde que melhor convier ao tratamento, incluindo os hospitais do GHC.

No projeto LCN existe um folder denominado “Saiba o que é” que propõe o esclarecimento de algumas doenças para comunidade, explicando os principais sintomas e algumas formas de prevenção da doença como:

AVE – Acidente Vascular Encefálico popularmente conhecido como derrame.

TCE – Trauma Crânio-encefálico ocasionado por batida na cabeça com perda de consciência (desmaio) associado a vômito, dor de cabeça intensa e perda de memória.

TRM – Traumatismo Raquimedular conhecido como lesão da medula espinhal que pode ocasionar alterações ou perda de

movimentos, de sensibilidade e de funções orgânicas (intestinal e urinária).

Assim, a Linha de Cuidado da neurocirurgia tem na sua missão a perspectiva de atendimento, centrada nas necessidades do paciente e na integralidade multidisciplinar (PROSPECTO GHC, 2004).

4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A fundamentação teórica é uma análise crítica da literatura disponível respeito do tema que se estuda.

No referencial teórico deste estudo abordam-se os aspectos pertinentes ao universo Sistema Único de Saúde (SUS), desde a origem, o processo de implantação e qualificação, incluindo para uma melhor análise, fatores referentes à ética e a universalidade no processo de atendimento.

Além disso, para fundamentar, a partir destes aspectos, o tema da pesquisa proposto, também será construído uma abordagem acerca dos Hospitais Cristo Redentor e Nossa Senhora da Conceição, a fim de caracterizar o tipo de hospital e seus respectivos processos de transferências inter-hospitais. Eu entendo que a descrição dos Hospitais e das suas rotinas é um sub-item da descrição do problema e não faz parte da fundamentação teórica.

4.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde - SUS - foi criado pela Constituição Federal de 1988, e é um conjunto de ações e serviços de atenção à saúde. Os serviços podem ser prestados por órgãos públicos ou pela iniciativa privada conveniada, bem como das ações e órgãos de gestão no atendimento integral, universal e humano ao paciente. Dentro desse aspecto constitucional o Ministério da saúde traçou seu plano de ação tem como norte a carta magna.

O plano do Ministério da Saúde é colocar a questão da saúde coordenada pela atenção básica, integrar as unidades de produção de saúde existentes nas regiões. Associado a esse contexto, encontramos um mundo globalizado, em que o ambiente competitivo e a escassez de recursos é uma realidade nas mais diversas áreas conforme o portal da saúde, 2008.

O Estado Brasileiro e a Constituição Federal definem suas intencionalidades, e seus princípios, através do Sistema Único de Saúde, que se propõe universal, integral e equânime (COSTA et. all., 2004).

Portanto, já faz parte do dia a dia da nossa sociedade, a necessidade de retirar conhecimentos relevantes, em tempo hábil para aplicar, principalmente, no planejamento dessas áreas da saúde, visando nesse ambiente, investir nas lacunas e vazios de serviços para estabelecer uma clara política de regulação e gestão regional dando responsabilidades objetivas e transparentes nos diversos níveis da rede pública (BRASIL, 2008).

Mattos (2004) refere que o SUS é visualizado como um dispositivo institucional criado pelo governo para garantir o acesso universal e igualitário.

Corroborando Temporão (2008):

Nos vinte anos de SUS, conseguimos avançar muito, mas ainda estamos distante de duas questões importantes para que o sistema mostre a sua eficácia e importância: a estruturação de redes integradas, tendo como base de organização o espaço social, onde as pessoas vivem e trabalham, e a questão de responsabilização do cuidado e garantia de que o paciente, de qualquer ponto que acesse o sistema, tenha o seu processo de atenção seguido e atendido (PORTAL DA SAÚDE, 2008 p. 1).

Sendo assim, a necessidade foi o motor da criação, ou melhor, da organização de uma cadeia de processos, que existiam em partes geralmente desconexas, em que a intenção foi de aperfeiçoar e chegar ao conhecimento com o menor e mais organizado esforço (BRASIL, 2008).

Segundo Merhy e Cecílio (2003) o conceito de sistema de saúde pode ser uma visão idealizada, normativa da saúde e que não se sustenta na prática.

Porem, Mattos (2001) ressalva que o sistema único de saúde está organizado em três diretrizes: a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade. Ainda aponta a integralidade como parte das diretrizes do SUS, um conjunto de valores que se pode lutar a fim de idealizar uma sociedade mais justa e solidária.

Dentro da idéia de redes, ou sistemas de fluxos integrados de informações em diferentes escalas o Ministério da Saúde trabalha as linhas de cuidado, sob uma forma de interagir e articular as diversas áreas de promoção da saúde (BRASIL, 2008).

Em geral, as Linhas de Cuidados são organizadas e programadas para condições de doenças de maior relevância, que requerem cuidados continuados de longa duração ou por especificidades de grupos populacionais em função do risco e vulnerabilidade da vida dos pacientes (MATTOS, 2001).

Assim, as linhas de cuidados são ordenadas tanto do ponto de vista do indivíduo quanto na formulação de políticas de atenção à saúde (PORTAL DA SAÚDE, 2008).

Entendemos que o conceito universal citado por Mattos (2004) expressa com propriedade:

No que diz respeito ao acesso universal no SUS atualmente já não há as barreiras formais que limitam o acesso apenas aos que contribuíam para a previdência social. É claro que são ainda inúmeras as barreiras de acesso que privam brasileiros das ações e serviços de saúde que necessitam, de modo que ainda temos muito de caminhar no sentido da igualdade de acesso (MATTOS, 2004; p.1412).

Quanto à integralidade, esse mesmo autor, nos define que a integralidade tem sido usada para designar um dos princípios do SUS. Mais do que isso, ele expressa uma das bandeiras de luta chamado movimento sanitário.

De certo modo, ele tem funcionado como uma imagem-objeto, ou seja, como uma forma de indicar (ainda de modo sintético) características desejáveis do sistema de saúde e das práticas que nele são exercidas (MATTOS, 2004).

Ainda tratando do princípio constitucional da humanização Campos (2005) sintetiza a humanização depende do aperfeiçoamento do sistema de gestão compartilhada, de sua extensão para cada distrito, serviço e para as relações cotidianas. Envolve também outras estratégias dirigidas a aumentar o poder do doente ou da população em geral perante o poder e a autoridade do saber e das práticas sanitárias.

Valorizar a presença de acompanhantes nos processos de tratamento, bem como modificar as regras de funcionamento de hospitais e outros serviços também em função de direitos dos usuários (MERHY e CECÍLIO, 2003).

Passos e Benevides (2005) ressaltam a importância de que um sistema de saúde para ser único necessita implantar-se como um plano simples, interagindo com diferentes atores no processo de produção de saúde.

4.2 A integralidade no atendimento do SUS

A integralidade pelo sistema único de saúde pode ser definida como um princípio constitucional que garante ao cidadão o direito de ser atendido desde a prevenção até o atendimento hospitalar, sem excluir qualquer doença de base (BRASIL, 2004).

Por outro lado, Mattos (2001) refere que no texto constitucional não é utilizada a expressão integralidade, fala apenas em atendimento integral, priorizando atividades preventivas; mas o termo integralidade tem sido utilizado de maneira correta para designar essa diretriz.

A primeira idéia que se deve ter ao pensar em integralidade da assistência é tentar criar uma definição plausível que nos remeta a reflexão a cerca do tema. Desta forma, integralidade pode ser definida como um esforço de uma abordagem completa, holística, de cada pessoa que necessite de saúde, por um determinado tempo e precise de cuidados hospitalares (MERHY e CECÍLIO, 2003).

Merhy (2002) ressalta a importância de que o cuidado integral em saúde ocorre a partir de uma combinação generosa e flexível de tecnologias. Onde a combinação de tecnologia e humanização adotaria o lugar do paciente e suas necessidades singulares como ponto de partida para qualquer intervenção hospitalar.

Em contra partida, dependendo do paradigma do cuidado em foco o ato tecnológico apontará o usuário como um portador de necessidade fragmentado, como um ser sem subjetividade, sem intenções ou desejos (MERHY, 2002).

Mattos (2004) afirma que talvez seja útil não considerar integralidade como sinônima do acesso a todos os níveis do sistema.

Esboça ainda, que não se trata apenas em criar protocolos ou rotinas, necessita-se aprofundar o que de fato significa integralidade e tentar compreender contexto específico dos encontros entre cada profissional e o usuário (MATTOS, 2004).

Mattos (2001) ressalta que integralidade não é mais uma atitude, mas uma maneira de organizar o processo de trabalho, a fim de aperfeiçoar o impacto epidemiológico.

Outra maneira de expressar a integralidade é pensar em transversalidade do cuidado. Desta forma, ocorre articulação de práticas entre equipes, escuta atenta e atendimento da melhor forma das necessidades de saúde (CECÍLIO, 2001).

Acreditamos assim que o conjunto de atitudes e ações definem o verdadeiro papel da integralidade no atendimento do SUS.

5. ROTINAS DE TRANSFERÊNCIAS DOS HOSPITAIS

O HNSC e HCR dispõem de rotinas de transferências inter-hospitais diferenciadas e com características peculiares a cada instituição, assim como seus fluxos.

5.1 Rotina e fluxo de transferência do HCR

O paciente é avaliado por consultoria no HNSC, com resolução neurocirúrgica e que apresente complicações clínicas com indicação de transferência pela equipe que avaliar.

Após a consultoria, ele retorna ao HCR onde o residente da LCN preenche o formulário de transferência inter-hospitalar. Esse será encaminhamento via malote para a central de leitos do HNSC, e aguardará a confirmação do leito, via telefone pela central de leitos HCR (\pm 30 dias) (ROTINAS HCR, 2008).

5.2 Rotina de transferência do HNSC

O paciente é encaminhado com consultoria para emergência do HCR, onde será avaliado pelo neurocirurgião de plantão.

Quando houver indicação neurocirúrgica, o paciente já permanece no hospital, com internação imediata, não necessitando entrar em lista de espera (± imediato) (ROTINAS HNSC, 2008).

6. PROTOCOLOS DE ATENDIMENTO: UMA NOVA VISÃO NA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA

Transformar os modos de construir as políticas públicas de saúde impõe o enfrentamento de uma política fragmentada, marcada pela lógica da especificidade para um modo mais humanizado. No entanto, necessita-se de mudanças nos processo de produção de saúde, subjetividade e transformar em práticas de saúde (PASSOS e BENEVIDES, 2005).

Protocolos clínicos têm uma conceituação semelhante à de uma atividade, um processo que combina adequadamente pessoas, tecnologias, materiais, métodos e o ambiente que se insere, com o objetivo a prestação de serviço em saúde (REVISTA AMRIGS, 2008).

Os protocolos assistenciais são maneiras de qualificar a assistência através de uma visão holística e capaz de modificar paradigmas pré-estabelecidos com o intuito de padronizar a assistência de maneira eficaz e direcionada no atendimento integralizado (COSTA et.all., 2004).

Os protocolos orientam o enfermeiro na prescrição de vários exames e medicamentos, o que aumenta a resolubilidade na assistência, favorecendo o fluxo dos usuários (MERHY, BUENO e FRANCO, 1999).

Costa et. all (2004) afirmam que o processo de trabalho permanece centrado no modelo de produção de procedimentos. E que um elemento chave, no processo de implantação na atenção gerenciada seria a introdução de um auditor, que se utilizaria de protocolos para autorização de procedimentos.

Protocolo de cuidado é uma prática cada vez mais presente em instituições de saúde. A importância de manter o tripé gestão de processos, gestão do cuidado e multidisciplinaridade estreita a relação com a integralidade na assistência (DONABEDIAN, 2008).

Torna-se um desafio para a saúde incorporar em seu processo assistencial os debates colocados no processo de trabalho, estabelecendo novos rumos para avaliar a eficácia e efetividade do seu papel na prestação de serviço (COSTA, et. all., 2004).

Sendo assim, protocolos podem ser considerados recursos de tecnologia em saúde, lógicos e associados aos recursos humanos, físicos e materiais. O benefício esperado para a saúde encontra-se comprometido devido à limitação dos recursos e pela dificuldade para sistematizar racionalmente a disponibilização desses recursos (REVISTA AMRIGS, 2003).

7.Objetivos

Objetivo Geral:

Construir um protocolo de transferência de pacientes inter-hospitais do GHC, especificamente entre o HCR e o HNSC de pacientes da LCN.

Objetivos Específicos:

- Identificar as causas da dificuldade de transferência de pacientes de um hospital para outro.
- Identificar os critérios, o perfil e as necessidades clínicas dos pacientes que podem ser transferidos de um hospital para outro com fluxo aberto para ambos os sentidos.
- Identificar a frequência de encaminhamento de pacientes do HCR para o HNSC e vice-versa.
- Identificar as etapas dos processos administrativos envolvidos em ambos os fluxos.

8. CAMINHOS METODOLÓGICOS

Esse tópico descreve a metodologia que será utilizada para a realização do trabalho proposto, onde contempla o tipo de estudo, o contexto explorado, os participantes necessários, a coleta e análise de dados e as considerações éticas pertinentes para a realização da pesquisa.

O método pode ser designado como um delineamento do estudo, através do tema proposto juntamente com a criatividade do pesquisador, que particulariza os componentes da pesquisa (MINAYO, 2004).

8.1 TIPO DE ESTUDO

A proposta do estudo é do tipo exploratório-intervencionista, com metodologia inserida nos pressupostos da abordagem qualitativa, visando conhecer a realidade da equipe da Linha de Cuidado em Neurocirurgia do HCR relacionada ao processo de transferência inter-hospitalar ao HNSC e o mesmo procedimento com o Hospital Conceição.

A pesquisa qualitativa “trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, valores e atitudes ao lado dos fenômenos que não podem ser quantificados (...)” (MINAYO, 2002, p. 22).

Além disso, a abordagem qualitativa permite compreender o meio que ela ocorre, sem criar situações artificiais que mascaram a realidade. É um processo de aprendizado e de

construção da experiência humana através do diálogo com pessoas que vivem a experiência, portanto, rica em dados descritivos, tendo um plano aberto e sensível, focalizando a realidade de forma contextualizada (GAUTHIER, 1998; HABER e WOOD, 2001; MINAYO, 2004).

Essa escolha, devido ao tema e ao objetivo geral, levou a essa abordagem, porque possibilita a manifestação do que cada profissional pensa e vivencia a respeito do processo de transferência inter-hospitalar e possibilita a criação de um protocolo de atendimento através da visão do contexto avaliado.

A pesquisa qualitativa pode ser considerada uma exploração de uma experiência humana, através da interação. Essa experiência humana é considerada única e compartilhada, assim, podemos tornar a prática de atendimento mais humanística (HABER e WOOD, 2001; SILVA; SANTOS; OLIVEIRA, 2003).

A pesquisa exploratória aponta uma realidade pouco explorada com o objetivo de chegar a hipóteses concretas e de serem verificadas em outros contextos (TOBAR; YALOUR, 2004).

“Uma das grandes postulações da pesquisa qualitativa é a sua atenção especial pelos pressupostos que servem de fundamentos à vida das pessoas” (TRIVIÑOS, 1997).

A pesquisa intervencionista particulariza a realidade e torna possível interferir nesta realidade a fim de propor mudanças de paradigmas (TOBAR; YALOUR, 2004).

Por outro lado, se faz necessário determinar a frequência em que ocorrem os encaminhamentos de pacientes entre os hospitais em questão.

Não obstante devemos considerar um acompanhamento das etapas dos processos administrativos a fim de servir de

subsídio aos estudos pertinentes ao protocolo de transferência tendo em vista a integralidade no atendimento ao usuário do SUS.

8.2 CONTEXTO DO HCR

O local para a realização da pesquisa será na Linha de Cuidado em Neurocirurgia, Hospital Cristo Redentor (HCR) e Medicina Interna e Unidade de Neurologia do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), em Porto Alegre (POA) / RS, que integra o Grupo Hospitalar Conceição (GHC), da rede pública.

A LCN localiza-se no 2º andar do HCR, comportando 60 (sessenta) leitos; a Medicina Interna localiza-se no 3º andar do HNSC, comportando 51 (cinquenta e um) leitos e a Unidade de Neurologia localiza-se no 4º andar do HNSC, comportando 40 (quarenta) leitos.

A equipe multidisciplinar que integra o quadro profissional da LCN é composta por médicos rotineiros (06); residentes da medicina (04); enfermeiros (06), técnicos e auxiliares de enfermagem (52); fisioterapeutas (02); nutricionista (02); enfermeiro da nutrição enteral (01); assistente social (02); terapeuta ocupacional (01); psicologia (02); fonoaudióloga (01) de todos os turnos.

O atendimento é oferecido aos usuários do município de Porto Alegre e também, para os oriundos de outros municípios do Rio Grande do Sul, pelo sistema da Central de Leitos do Estado.

8.3 PARTICIPANTES DO HCR E HNSC

Os participantes serão profissionais da equipe da LCN (HCR) e Medicina Interna/ Unidade de Neurologia (HNSC) que compreendem: Médicos residentes, enfermeiros e assistentes sociais que trabalham nas unidades referidas e que já tenham vivenciado o processo de transferência inter-hospitalar HCR-HNSC e vice-versa.

Também participarão os profissionais envolvidos na parte administrativa do processo, de ambos os hospitais, que trabalham nas Centrais de Leito e as secretárias de posto. O critério de exclusão será o não interesse do profissional em participar da pesquisa, afastamento profissional (férias, atestados, etc.), tempo de trabalho inferior a 1 (um) ano e que desconheçam o processo de transferência inter-hospitalar.

Segundo Minayo (2002), a amostragem é aquela que abrange a totalidade do problema investigado em várias dimensões. Assim, estima-se que o mínimo de participantes seja em torno de 10 (dez), no entanto, a definição se dará pela saturação de dados, podendo este número, aumentar ou diminuir (POLIT e HUNGLER, 1995).

8.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados será realizada através de pesquisa de campo com entrevista semi-estruturada, no mês de maio de 2010. O instrumento (APÊNDICE A e B) contém questões abertas.

A entrevista será gravada e, posteriormente, transcrita para obtenção das respostas na íntegra e armazenada pelo período de cinco anos, conforme recomenda a lei dos direitos autorais nº 9610/98 (BRASIL, 1998). As transcrições serão apreciadas pelos participantes para certificação do conteúdo.

A entrevista pode fornecer dados objetivos e subjetivos, sendo que, os primeiros podem ser obtidos através de fontes secundárias, o segundo, através de valores, atitudes e aspirações dos entrevistados (MINAYO, 2002).

As gravações têm a vantagem de registrar todas as expressões orais, deixando o entrevistador livre para observar o entrevistado (LÜDKE e ANDRÉ, 1986).

Todas as entrevistas serão realizadas em ambiente reservado e terão a duração média de 30 (trinta) minutos.

Para obter os dados de caráter quantitativo, como a frequência dos encaminhamentos para procedimentos entre os hospitais sugerimos utilizar como recursos de pesquisa o levantamento documental e o acompanhamento observacional.

9. ANÁLISE DE DADOS

Minayo (2002) sugere, para as pesquisas qualitativas, que o levantamento dos dados seja dividido em categorias, identificadas como unidades de significados e, posteriormente, agrupadas conforme semelhanças, para gerar as categorias que serão discutidas paralelamente, com a literatura.

Para isso, se utilizará o método de análise de conteúdo proposto por Gomes (2002), que considera três fases distintas para a análise dos resultados: a primeira fase como sendo a de organização do material a ser analisado; a segunda, aplicação daquilo que foi definido na anterior, e a terceira fase, o desvendar do conteúdo subjacente ao que está sendo manifestado.

Após essas etapas, serão estabelecidas articulações entre os dados e os referenciais teóricos da pesquisa, respondendo as questões da pesquisa com base em seus objetivos, conforme sugere Gomes (2002).

A partir da análise dos dados será sugerido um protocolo para Transferência Inter-hospitalar do HCR para HNSC a fim de padronizar o processo de transferência no GHC.

10. RESULTADOS

O resultado final será divulgado ao Comitê de Ética em Pesquisa do GHC, segundo recomendação e por norma da instituição, em novembro de 2010, que servirá como trabalho de Conclusão do projeto apresentado no Curso de Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde, da FIOCRUZ em parceria com o GHC, como requisito para obtenção do grau de Especialista e para montagem de um Protocolo de Transferência Inter-hospitalar do HCR para HNSC. Este estudo, também, poderá ser divulgado em eventos científicos, revistas e outros eventos científicos.

11. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Ética pode ser definida como uma ciência da moral e conduta, e estudo dos valores morais que guiam ações e comportamentos de uma pessoa ou grupo (GOLDIM, 1997; POLIT e HUNGLER, 1995).

Conforme a resolução 196/96 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996), em se tratando de pesquisa em seres humanos, deve ser mantida os preceitos éticos e legais e atender todas as premissas estabelecidas.

Para isso será fornecido, aos participantes em estudo, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, (APÊNDICE C), o qual informará todas as particularidades deste estudo, de forma clara e linguagem acessível e os objetivos da pesquisa, garantindo o anonimato e a liberdade de participar ou retirar o consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem causar prejuízos ao profissional.

Esta pesquisa também será encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição, para avaliação, conforme carta (APÊNDICE D).

13. ORÇAMENTO

Material de consumo

<u>Valor</u>	
Disquetes	R\$ 20,00
Canetas esferográficas e lápis	R\$ 20,00
Folhas ofício A4	R\$ 20,00
Tinta impressora	R\$ 160,00
CD regravável	R\$ 30,00

Subtotal (1) R\$ 250,00

Remuneração de serviços pessoais

<u>Valor</u>	
Revisor de português	R\$ 200,00
Digitador	R\$ 160,00

Subtotal (2) R\$ 360,00

Outros encargos e serviços

<u>Valor</u>	
Cópias xerox	R\$ 50,00
Passagens transporte	R\$ 100,00
Diversos extras	R\$ 100,00

Subtotal (3) R\$ 250,00

*Total (1) + (2) + (3) = R\$ 860,00

*Observação: Os gastos com despesas descritas e as que surgirem são de responsabilidade do pesquisador, não recaindo qualquer ônus para os participantes ou instituição.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), Resolução nº. 196/96. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), Resolução nº 9610/98. Dispõe sobre direitos autorais. Brasília, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanaSUS. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 2008.

CAMPOS, G. W. S. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? Interface. V.9, n. 7, p. 398-400, mar/ago, 2005.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ-ABRASCO, 2001.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. Metodologia científica. 5 ed. São Paulo: SE, 2002.

COSTA, M. A., ET. ALL. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. Belo Horizonte, 2004.

DONABEDIAN, A. Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/saude_e_cidadania/ed_03/03_05.html>

GAUTHIER, J. et al. Pesquisa em enfermagem: novas metodologias aplicadas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

GOLDIM, J.R. Manual de iniciação científica. Porto Alegre: Da Casa Editora, 1997.

GOMES, R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2002, p. 67 – 79.

HABER, J.; WOOD, G.L. Pesquisa em Enfermagem - Métodos, avaliação, crítica e utilização. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001.

_____. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 (5): 1411-16, set/out, 2004.

MERHY, E. E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: HUCITEC, 2002.

MERHY, E. E.; CECÍLIO, L. C. O. O singular processo de coordenação dos hospitais. Campinas, 2002.

_____. Integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. São Paulo: HUCITEC, 2003.

MERHY, E. E.; BUENO, W. S.; FRANCO, T. B. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 15(2): 345-53, abr/jun, 1999.

MINAYO, M.C.S. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 20 ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

_____. Entre vãos de água e passos de elefante: caminhos da investigação na atualidade. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (Org.). Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004. p. 17-27.

PASSOS, E.; BENEVIDES, R. Humanização na saúde: um novo modismo? Interface. V. 9, n. 17, p. 389-406, mar/ago 2005.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. Fundamentos em pesquisa em enfermagem. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

RELATÓRIO MENSAL – SISTEMA GHC/2008. Disponível em: <<http://www.ghc.com.br/ghc/hcc/indicadores/indicadores.aspx>> Acesso em: 05/03/2008.

REVISTA AMRIGS. Protocolos Clínicos embasados em evidências: a experiência do Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre, 47 (2): p. 104-14, abr/jun, 2003. Disponível em: <http://www.amrigs.com.br/revista_47-02/protocolos.pdf>

SILVA, L.S.; SANTOS, G.S dos; OLIVEIRA, F.P.T de. A percepção do paciente sobre sua permanência na unidade de terapia intensiva. Revista Nursing, v.60, n. 6, Maio/2003.

TEMPORÃO, J. Falando sobre o SUS. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mac> Acesso em: 05/06/2008.

TOBAR, F. ; YALOUR, M. Como fazer teses em saúde pública. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

TRIVIÑOS, N.S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa. São Paulo: Atlas, 1997.

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

FIOCRUZ

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO

ESPECIALIZAÇÃO EM INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE

Projeto de Pesquisa: **Transferência inter-hospitalar: a difícil abordagem entre os hospitais do GHC**

Locais: Hospital Cristo Redentor e Hospital Nossa Senhora da Conceição

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo a minha participação, neste projeto de pesquisa, que tem como objetivo geral construir um protocolo de transferência de pacientes inter-hospitais do GHC, e utilização dos dados para eventos científicos, pois fui informado pela pesquisadora VILENE CRIPPA PETRILLO de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimentos e coerção, que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e retirar meu consentimento de participação, sem qualquer prejuízo a minha pessoa ou a pesquisa. Esclareço que não receberei nenhum benefício financeiro como resultado de minha participação nesta pesquisa e que será mantido o anonimato. Declaro, ainda, que recebi cópia do presente termo de consentimento.

Este estudo tem a orientação do Prof. Dr. José M. de Oliveira, telefone (19) 97724940. A pesquisadora responsável pelo Projeto de Pesquisa pode ser contatada pelo telefone (51) 99712286.

Este documento foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição em ____/____/____. O responsável no CEP/GHC é Dr. Vito Gian Cristoforo dos Santos, podendo ser contatado pelo telefone (51) 3357.2407.

Assinatura do participante

Assinatura da pesquisadora

Data: ____ / ____ / ____

Obs.: O presente documento, baseado no item IV das Diretrizes e Normas Regulamentadoras para a Pesquisa em Saúde, do Conselho Nacional da Saúde (Resolução 196/96), será assinado em duas vias, de igual teor, ficando uma via em poder do participante e a outra com o pesquisador responsável.

**APÊNDICE D - Carta ao Comitê de Ética em Pesquisa do
GHC/ POA / RS**

Ao

Comitê de Ética em Pesquisa

Gerência de Ensino e Pesquisa/ Grupo Hospitalar Conceição

Solicitamos ao Comitê de Ética em Pesquisa GEP / GHC avaliação do projeto de pesquisa com o título de Transferência inter-hospitalar: a difícil abordagem entre os hospitais do grupo GHC, que tem como objetivo construir um Protocolo de Transferência de pacientes inter-hospitais do GHC.

Trata-se do Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde, da FIOCRUZ em parceria com o GHC. O trabalho é requisito para obtenção do título de Especialista em Informação Científica, o qual terá divulgado os resultados em novembro/2010.

O período de desenvolvimento da pesquisa compreende maio/2010 para coleta de dados; junho a setembro/2010 para análise, montagem da pesquisa e construção de um protocolo.

Desde já, coloco-me a disposição para maiores esclarecimentos pelos telefones (51) 3341.5087 e 99712286.

O trabalho será orientado pelo Prof. Dr. José M. de Oliveira, telefone (19) 97724940.

Atenciosamente,

Vilene Crippa Petrillo.