

Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

III Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

Quitéria Tavares de Macêdo

**CONTRIBUIÇÃO DO MÉDICO
EVOLUCIONISTA NA REGULAÇÃO DE
PACIENTES NA EMERGÊNCIA
VASCULAR DO HOSPITAL GETÚLIO
VARGAS/SES/PE, 2009**

RECIFE

2010

QUITÉRIA TAVARES DE MACÊDO

**CONTRIBUIÇÃO DO MÉDICO EVOLUCIONISTA NA REGULAÇÃO DE
PACIENTES NA EMERGÊNCIA VASCULAR DO HOSPITAL GETÚLIO
VARGAS/SES/PE,2009**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz como requisito para a obtenção do grau de especialista em Gestão Hospitalar.

Orientadora: Zelma de Fátima Chaves Pessoa

RECIFE

2010

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

M141c Macêdo, Quitéria Tavares

Contribuição do médico evolucionista na regulação de pacientes na emergência vascular do hospital Getúlio Vargas/SES/PE, 2009 / Quitéria Tavares de Macêdo. — Recife: Q. T. de Macêdo, 2010.

56 f.

Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Zelma de Fátima Chaves Pessoa.

1. Regulação. 2. Urgência. 3. Emergência. 4. Integralidade. 5. Acesso. I. Pessoa, Zelma de Fátima Chaves. II. Título.

CDU 614.253

QUITÉRA TAVARES DE MACÊDO

CONTRIBUIÇÃO DO MÉDICO EVOLUCIONISTA NA REGULAÇÃO DE PACIENTES NA EMERGÊNCIA VASCULAR DO HOSPITAL GETÚLIO VARGAS/SES/PE, 2009

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz como requisito para obtenção do grau de especialista em Gestão Hospitalar.

Aprovado em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Ms. Severino Catão Rodrigues

Secretária Estadual de Saúde - PE

Ms. Zelma de Fátima Chaves Pessôa

Secretaria Estadual de Saúde - PE

A minha família, pela atenção, paciência, carinho, compreensão e, principalmente pelo seu amor. Mais uma conquista conjunta.

AGRADECIMENTOS

A este Ser tão singular e ao mesmo tempo tão complexo; tão abstrato e ao mesmo tempo tão concreto em minha vida, que eu chamo de Deus.

Aos meus pais, José Francisco (*in memoriam*) e Judite (*in memoriam*), que se sacrificaram para que eu realizasse os meus sonhos... Minha eterna gratidão.

A minha irmã "Teca", pelo apoio incansável durante essa trajetória, quando os obstáculos advindos pareciam intransponíveis.

A minha irmã Maria José, um exemplo de vida a ser seguido...

As minhas fiéis escudeiras, Margarida e Poly, minhas cadelinhas, pela graça e alegria do convívio.

A Neide Albuquerque, pelo apoio nas horas mais inesperadas, inapropriadas e desesperadas.

A Dra. Zelma Pessoa, pela orientação, paciência, tempo despendido e disposição incansável no auxílio aos outros. Seus comentários foram valiosíssimos.

Ao meu irmão Adalberto pelo auxílio valioso, estímulo, atenção e paciência sempre despendida.

Aos professores do III Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde pelos ensinamentos e disponibilidade demonstrados.

Ao secretário Semente e a Monitora Nancy, pela atenção e delicadeza no atendimento, agilidade e eficiência nas suas atribuições.

A Dr. Roberto Cruz, Diretor do Hospital Getúlio Vargas que flexibilizou minha carga horária no serviço, durante a realização deste curso; sua colaboração foi fundamental para a conclusão dessa monografia

À equipe do SAME do HGV, sempre disponíveis a ajudar.

Aos colegas do Serviço de Cirurgia Vascular do HGV, pelas substituições nos momentos em que precisei me ausentar.

A Manuel Junior, pelo valioso auxílio e zelo com o banco de dados.

Aos amigos da turma do III Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde da FIOCRUZ, pelo convívio harmonioso, tranquilo e enriquecedor.

A todos que contribuíram de forma direta ou indireta para a realização deste estudo.

*“Não acredite em algo
simplesmente porque ouviu.*

*Não acredite em algo
simplesmente porque todos falam a respeito.*

*Não acredite em algo
simplesmente porque está escrito em seus livros religiosos.*

*Não acredite em algo
só porque seus professores e mestres dizem que é verdade.*

*Não acredite em tradições
só porque foram passadas de geração em geração.*

*Mas depois de muita análise e observação,
se você vê que algo concorda com a razão,
e que conduz ao bem e benefício de todos,
aceite-o e viva-o”.*

Buda

MACÊDO, Quitéria Tavares. **Contribuição do médico evolucionista na regulação de pacientes na emergência vascular do Hospital Getúlio Vargas, Recife - Pernambuco.** 2010. Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

RESUMO

Fundamento: A assistência à saúde no Sistema Único de Saúde brasileiro tem por diretrizes e princípios a universalidade, equidade e integralidade ao cidadão, devendo ser norteadas pela atenção básica. Em Pernambuco, como no Brasil, observa-se uma procura pelas grandes unidades de emergência/urgência por pacientes com patologias passíveis de atendimento em unidades de menor porte e mesmo nas unidades básicas, gerando superlotação, tempo de espera prolongado e assistência fragmentada nas salas de emergência. Visando a melhoria do cuidado ao paciente e a maior resolubilidade no processo de trabalho das grandes emergências públicas, foi incorporado o médico evolucionista à equipe de emergência vascular do Hospital Getúlio Vargas. **Objetivo:** Avaliar a contribuição do médico evolucionista na regulação de pacientes na emergência vascular do Hospital Getúlio Vargas, hospital de alta complexidade da rede de saúde pública estadual, no período de janeiro a dezembro de 2009. **Método:** estudo descritivo com corte transversal e abordagem quantitativa no período de janeiro a dezembro de 2009 a partir de sistemas de regulação. Na análise estatística foram utilizados os testes de Kolmogorov-Smirnov para variáveis quantitativas, o Teste do Qui-Quadrado e o Teste Exato de Fischer para as variáveis categóricas e o de Mann-Whitney (não-normal) para comparação com dois grupos, aplicados com 95% de confiança. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa do CPqAM/Fiocruz. **Resultados:** 1.875 usuários foram atendidos de janeiro a dezembro de 2009, sendo 52% do sexo feminino, com idade média de 53,8 anos. Houve predomínio do sexo masculino (75%) no grupo de lesões vasculares traumáticas. Os usuários procederam em 86,3% dos casos da região metropolitana do Recife observando-se que 67,3% dos pacientes tiveram alta após consulta da emergência e apenas 23,5% necessitaram de internamento na rede própria e complementar. Cerca de 75,4% dos pacientes atendidos apresentavam patologia vascular, 19,3% tinham diabetes como comorbidade, associada ou não à hipertensão e 18,8% eram hipertensos. O percentual de alta entre os pacientes internados no próprio serviço foi de 83,5% e o percentual de óbitos foi 11,2%; entre os internados, 20% necessitaram de amputação. Após a inserção do médico evolucionista na equipe houve redução dos tempos para o 1º atendimento na emergência, deste para a alta e para a internação do paciente. **Conclusão:** a ordenação do fluxo de acesso e a organização no processo de trabalho nas emergências é condição indispensável para a garantia de uma assistência em saúde de qualidade; assim, a atuação do médico evolucionista na integração das equipes (emergência, regulação e internamento), propicia melhoria da qualidade da assistência, maior resolubilidade e integralidade da assistência.

Palavras-chave: Regulação, Urgência, Emergência, Integralidade, Acesso

MACÊDO, Quitéria Tavares. **Contribution of medical evolutionist in regulating vascular patients in the emergency room at Getúlio Vargas Hospital, Recife - Pernambuco**. 2010. Monograph (Specialization in Management Systems and Health Services) - Department of Public Health, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

ABSTRACT

Background: Health care in the Brazilian Unified Health System has the guidelines and principles of universality, fairness and integrity to the citizen, should be guided by primary health care. In Pernambuco, as in Brazil, there is a demand for large units of emergency / urgency for patients with diseases that could care units and even smaller basic units, creating overcrowding, long waiting time and fragmented care in the rooms emergency. To improve patient care and bigger capacity in the working process of the major public emergencies, was incorporated into the medical emergency team to the evolutionary Vascular Hospital Getúlio Vargas. Objective: To evaluate the contribution of evolutionary physician in the regulation of vascular patients in the emergency room at Getúlio Vargas Hospital, a hospital of high complexity of state public health network in the period January to December 2009. Method: cross-sectional descriptive study and a quantitative approach in the period January to December 2009 from systems regulação. Na statistical tests were used Kolmogorov-Smirnov test for quantitative variables, the Chi-square and exact test Fischer and categorical variables for the Mann-Whitney (non-normal) for comparison with two groups, applied with 95% confidence. The study was approved by the Ethics of CPqAM / Fiocruz. Results: 1,875 users were assisted from January to December 2009, being 52% female, mean age of 53.8 years. There was male predominance (75%) in the group of traumatic vascular lesions. Users conducted in 86.3% of cases in the metropolitan area of Recife noting that 67.3% of patients were discharged after consultation with the emergency and only 23.5% needed in the network itself and complementary. About 75.4% of patients treated had vascular pathology, 19.3% had comorbid diabetes, with or without hypertension and 18.8% were hypertensive. The high percentage of hospitalized patients in the service itself was 83.5% and the percentage of deaths was 11.2% among those hospitalized, 20% required amputations. After insertion of the medical team was in evolutionary time reduction for the 1st emergency care, for this high and the patient's stay. Conclusion: the ordination of access flow and organization in the process of working in emergencies is essential for ensuring a quality health care, so the performance of physicians in the evolutionary integration of teams (emergency regulation and hospital), provides improving the quality of care, higher resolution and comprehensive care.

Keywords: Regulation, Emergency, Emergency, Completeness, Access

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Perfil dos pacientes atendidos na emergência vascular do HGV segundo sexo e faixa etária no período de janeiro a dezembro de 2009.....	29
TABELA 2 - Procedência e evolução dos pacientes atendidos na emergência vascular do HGV por regional de saúde no período de janeiro a dezembro de 2009.....	30
TABELA 3 – Perfil diagnóstico e comorbidades associadas em pacientes atendidos na emergência vascular do HGV no período de janeiro a dezembro de 2009.....	31
TABELA 4 – Pacientes com lesão vascular atendidos na emergência vascular do HGV distribuídos por faixa etária e sexo no período de janeiro a dezembro de 2009.....	33
TABELA 5 – Evolução dos pacientes da emergência vascular do HGV antes e após a inserção do medico evolucionista na equipe no período de janeiro a dezembro de 2009.....	34
TABELA 6 – Tempo médio para o 1º atendimento e deste para internação ou alta.....	35
TABELA 7 – Evolução dos pacientes atendidos na emergência vascular e internados no próprio serviço no período de janeiro a dezembro de 2009.....	36
TABELA 8 – Evolução dos pacientes internados e submetidos à amputação no próprio serviço no período de janeiro a dezembro de 2009.....	36

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

ATI: Agência Estadual de Tecnologia da Informação

CID 10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

DM: Diabetes Mellitus

FISEPE: Empresa de Fomento de Informática do Estado de Pernambuco

GERES: Gerência Regional de Saúde

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica

HGV: Hospital Getúlio Vargas

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS: Ministério da Saúde

PES/PE: Plano Estadual de Saúde de Pernambuco

REGMED: Regulação Médica

SAPE: Sistema de Acompanhamento de Pacientes

SUS: Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS.....	16
2.1 Objetivo geral	16
2.2 Objetivos específicos.....	16
3 REVISÃO DA LITERATURA	17
4 MÉTODO.....	27
5 RESULTADO	29
6 DISCUSSÃO	37
7 CONCLUSÃO	41
REFERÊNCIAS.....	43
APÊNDICE.....	48
ANEXO	51

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), considerado o maior sistema de inclusão social do mundo. Reconhece-se, assim, a saúde como dever do Estado e direito universal, equânime e integral do cidadão.

Com o advento do SUS, ficou evidente a necessidade da substituição de um modelo de saúde centrado em uma óptica hospitalocêntrica, por outro caracterizado pelo desenvolvimento de redes assistenciais integradas que garantam acesso irrestrito, organizado e devidamente regulado para um atendimento integral.

O estado de Pernambuco a partir de 2008 vem reorganizando o modelo de atenção à saúde. Esta reorganização está sendo feita através da conformação de redes assistenciais regionalizadas, com o objetivo de desenvolver um parque hospitalar público regionalizado, hierárquico e cooperativo (PERNAMBUCO, 2009).

A população residente em Pernambuco (PE), segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2009, é de 8.810.318 habitantes (BRASIL, 2010j). O estado de Pernambuco possui 184 municípios organizados em 11 Gerências Regionais de Saúde (GERES) e o Distrito Estadual de Fernando de Noronha (PERNAMBUCO, 2009).

Ainda a partir de dados do IBGE, publicados no Plano Estadual de Saúde de Pernambuco (PES-PE), o estado possui o maior percentual de população idosa (11,2%) dentre os estados do Nordeste, tendo no período de 2003 a 2007, um aumento das internações por doenças circulatórias, as quais passaram da 4ª para a 3ª posição tornando-se a 1ª causa de morte no estado (30,9%) (PERNAMBUCO, 2009).

A rede estadual de assistência de alta complexidade está distribuída de forma heterogênea e concentrada na Região Metropolitana do Recife (capital). Conta com seis hospitais públicos estaduais para atendimento de urgências/emergências, sendo quatro localizados na capital (Recife) que são Hospital Getúlio Vargas,

Hospital da Restauração, Hospital Barão de Lucena e Hospital Agamenon Magalhães, 1 em Caruaru (Hospital Regional do Agreste) e 1 em Jaboatão dos Guararapes(Hospital Otávio de Freitas).

O Hospital Getúlio Vargas, sob gestão da Secretaria Estadual de Saúde, (SES) localiza-se no Recife e atende às emergências/urgências de trauma, cirurgia geral, buco-maxilo-facial e as de cirurgia vascular. As emergências vasculares atendidas estão em conformidade com o Protocolo das Unidades de Emergência (BRASIL, 2002) e presta assistência de alta complexidade nesta área. Além do atendimento de urgência, realiza cirurgias programadas e possui, ainda, uma unidade ambulatorial.

As grandes emergências estaduais, dentre as quais se inclui o Hospital Getúlio Vargas, vivenciam situação de frequente superlotação. Objetivando desenvolver estratégias que solucionem ou minimizem o problema da superlotação, a equipe técnica da SES vem realizando análise dos fatores contribuintes para tal situação.

Observa-se que esta situação se deve, em parte, à baixa produção nas unidades de média complexidade e a baixa resolutividade da atenção básica.

A partir da necessidade de organização do processo de trabalho, bem como de buscar a qualidade do atendimento nas emergências, com uma visão integral do usuário e considerando o hospital como um todo e não em blocos, este trabalho tem por escopo trazer reflexões mais abrangentes do que as percebidas até então sobre o direito à saúde e, por consequência, ao próprio direito à vida.

A eficácia e eficiência na gestão da assistência são elementos-chave na abordagem à temática. A melhoria da qualidade da assistência à saúde é algo que se discute e rediscute há muito tempo e, neste contexto, foi implantado pela SES na emergência do HGV, como proposta de melhoria do processo de trabalho da clínica vascular de emergência, a figura do médico vascular evolucionista visando o acompanhamento horizontal dos pacientes e maior resolutividade.

O caráter horizontal do acompanhamento determina uma forte interação do profissional evolucionista com os usuários, a mobilização daquele frente à dor por

estarem mais atentos às expressões e comportamentos destes últimos e pelo sentimento de responsabilidade em identificar os sinais de agravo ou melhora dos pacientes acompanhados.

De acordo com o trabalho de Mendes et al. (2009) a avaliação dos usuários das grandes emergências do estado em relação ao trabalho dos profissionais é superior às condições oferecidas nas unidades, sendo observada alto nível de insatisfação com o tempo de espera para ser atendido.

Segundo Peduzzi (apud ASSIS; VILLA; NASCIMENTO, 2003):

[...] a nenhum profissional de saúde, em particular, cabe a possibilidade de projeção e execução da totalidade de ações demandadas pelos usuários, embora permaneça mantida a centralidade do modelo médico de assistência, visto que ao profissional médico cabe a ação nuclear da definição diagnóstica e terapêutica, representando este, portanto, o principal mediador entre as necessidades dos usuários e a oferta de serviços.

Mediante a análise dos dados dos sistemas SISTEMA DE ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES (SAPE) e REGULAÇÃO MÉDICA (REGMED), o presente estudo pretende descrever e comparar o fluxo de internamento do paciente com patologia vascular na própria unidade, o quantitativo de encaminhamentos para internamento em outros estabelecimentos de saúde e de altas do serviço de cirurgia vascular do HOSPITAL GETÚLIO VARGAS (HGV) em 2009, antes e após a inserção do médico vascular evolucionista à equipe de emergência.

Tal estudo será relevante para dar início a um novo modelo de gestão da clínica a partir da linha de cuidados eleita para análise, buscando uma maior resolutividade, e a efetiva promoção da equidade e a integralidade da assistência à saúde, como pressupõe a Constituição Federal de 1988.

Desse modo, o presente estudo se propõe a analisar a contribuição do médico evolucionista que foi integrado a equipe de assistência em junho de 2009, na regulação de pacientes na emergência vascular de um hospital de alta complexidade da rede de saúde pública estadual, no período de janeiro a dezembro de 2009. Assim como analisar o perfil clínico e de morbidade do paciente vascular que acessa

a referida emergência, bem como se houve diferença nos resultados analisados antes e após a inserção do médico vascular evolucionista à equipe de assistência na unidade de emergência em tela.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar a contribuição do médico evolucionista na regulação de pacientes na emergência vascular de um hospital de alta complexidade da rede de saúde pública estadual, no período de janeiro a dezembro de 2009.

2.2 Objetivo específicos

- a) Descrever o perfil clínico dos pacientes: número de usuários atendidos, idade, sexo, regional de procedência, co-morbidades, nível de complexidade, atendimento anterior no serviço;
- b) Caracterizar o acesso aos leitos no HGV ou na rede conveniada ao SUS e quantificar altas no serviço avaliado, internamentos e transferências;
- c) Analisar o tempo de espera até o primeiro atendimento pela equipe de cirurgia vascular;
- d) Analisar tempo de espera até o 1º atendimento e deste até a internação, alta, transferência no HGV;
- e) Descrever a evolução dos pacientes: óbito, sequela - amputação, cura.

3 REVISÃO DA LITERATURA

No Brasil, a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988 foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), considerado o maior sistema de inclusão social do mundo (PIERANTONI, 2008, p. 617). Em seu título VIII dispõe sobre a ordem social e assegura os direitos relativos à saúde. O artigo 196 define a saúde como um direito de todos e dever do estado e em seu artigo 198, define entre suas diretrizes o atendimento com integralidade (BRASIL, 2003f).

O modelo de atenção à saúde no Brasil está baseado nos princípios doutrinários do SUS (BRASIL, 1990a):

Universalidade: [...] o indivíduo passa a ter direito de acesso a **todos** os serviços públicos de saúde, assim como aqueles contratados pelo poder público [...] (BRASIL, 1990a, grifo do autor).

Equidade: é assegurar ações e serviços de saúde de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, more o cidadão onde morar, sem privilégio e sem barreiras [...].

Integralidade: “o homem é um ser integral, bio-psico-social, e deverá ser atendido com esta visão integral por um sistema de saúde também integral [...]”.

Além destes princípios devemos nos pautar também pelos seus princípios organizacionais – Resolutividade, Descentralização, Hierarquização e Regionalização (BRASIL, 2006i).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006i), podemos definir assim, estes termos:

Hierarquização e Regionalização: a rede de serviços deve ser organizada de modo a permitir que a porta de entrada se dê pelos serviços de atenção primária, os quais devem atender e resolver as demandas. Caso não haja resolução neste nível os mesmos deverão ser referenciados para aqueles serviços de maior complexidade tecnológica.

Descentralização: é compreendida como a redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo.

Resolutividade: dentro da sua capacidade e complexidade tecnológica o serviço deverá ser capaz de enfrentar e resolver o problema até o nível de sua competência.

O SUS (BRASIL, 1990a) não é um serviço ou uma instituição, mas um **Sistema** que significa um conjunto de unidades, de serviços e ações que interagem para um fim comum (grifo do autor).

A assistência envolve a análise de necessidades e demanda, podendo ser dividida em de urgência e eletiva (não urgência), que pode ser de demanda espontânea ou programada. Ao se pensar a atenção hospitalar ao usuário há que se pensar que a população do Brasil convive com realidades divergentes, fazendo com que o modelo assistencial ideal seja aquele capaz de se adequar continuamente às necessidades desta população em busca da integralidade da assistência.

Segundo Campos e Rates (2008) o que se vê é uma tendência mundial dos hospitais assumirem de forma mais intensa a responsabilidade por pacientes críticos e complexos.

Ao analisarmos que deve existir integralidade da atenção, esta deve ser em rede e neste processo o hospital torna-se então referência para unidades de menor complexidade e até mesmo interage com outros hospitais para potencializar a capacidade dessa rede (CAMPOS; RATES, 2008, p. 280).

Como traduz Mattos (apud CAMPOS; RATES, 2008, p. 281), sobre integralidade: “a capacidade de resposta que a organização dos serviços de saúde deve ter na abordagem não só das doenças, mas também de perceber as necessidades da população atendida”.

O modelo de atenção vigente no País tem como premissa ser a atenção básica a porta de entrada do sistema ressaltando a importância da territorialidade na assistência (OLIVEIRA; MATTOS; SOUZA, 2009).

Porém, o que se observa no cotidiano é que os usuários buscam incessantemente as emergências como porta de entrada por estas representarem a via de mais rápida e fácil acessibilidade, confiabilidade e resolubilidade (OLIVEIRA, MATTOS; SOUZA, 2009).

Podemos definir os termos abaixo segundo Oliveira, L.H., 2009, p. 108:

“Acessibilidade: busca e obtenção de assistência.

Confiabilidade: relacionada à estrutura dos serviços (recursos físicos e humanos) e

Resolubilidade: o grau de satisfação aos serviços buscados.”

Tal demanda espontânea determina a desorganização do acesso, o retardo no atendimento e superlotação nas emergências.

Esta escolha dos usuários e a utilização das emergências como porta de entrada servem como termômetro da assistência na atenção primária, ao mesmo tempo em que demonstra a perpetuação do paradigma da atenção à saúde com base na doença, bem como o despreparo para lidar com o subjetivo na atenção e gestão da saúde (OLIVEIRA; MATTOS; SOUZA, 2009).

A assistência em serviços de emergência, os quais funcionam 24h/dia, acabam acolhendo pacientes com quadros de emergência propriamente dita, pacientes com quadros percebidos como urgências, pacientes desgarrados da atenção primária e especializada, além das chamadas “urgências sociais” (BRASIL, 2002e).

Outro fator a ser considerado, e que nos chama a atenção Campos e Rates (2008, p. 280), é que essa assistência, apesar de ser 24h, é fragmentada e impessoal. A partir da jornada de trabalho em regime de plantões de 12h, o paciente é avaliado por médicos diferentes a cada jornada e, assim, o usuário não consegue saber qual o médico responsável pelo seu cuidado.

Em um hospital de grande porte, como é o caso do HGV, com diferentes especialidades, a ausência desse vínculo pode levar ao retrabalho.

Neste contexto, a distorção da missão do hospital de grande porte com o grande volume de atendimento com perfil de pronto-socorros menores e ambulatorios pode ser considerado como atendimento de “nível primário”, passível de ser resolvido nos centros de saúde e/ou unidades de saúde da família. Em geral, afirmamos que “a população está entrando pela porta errada”, ou talvez seja mais correto afirmarmos, que as pessoas, diante de suas necessidades, acabam acessando o sistema por onde lhes é possível (CECILIO, 1997, p. 473).

A busca na qualidade da assistência nos serviços públicos de saúde vem se tornando a cada dia uma preocupação e um objetivo dos gestores, em especial nos serviços de emergência, como uma política estratégica de governo. As bases deste processo estão centradas desde o atendimento pré-hospitalar, passando pela organização da rede, pela organização do acesso através das centrais de regulação, à melhoria do atendimento no hospital chegando até a definição de leitos hospitalares de retaguarda e a atenção domiciliar (BRASIL, 2004g).

É importante também que se busque a qualificação de todas as portas de entrada do Sistema e, especificamente das emergências, para “serem espaços privilegiados de acolhimento e reconhecimento dos grupos mais vulneráveis da população [...] e garantir o acesso de cada pessoa ao tipo de atendimento mais adequado para o seu caso” (CECILIO, 1997 p. 475).

A rede, então, deverá procurar mecanismos para integrar estes usuários às possíveis portas de entrada e se preparar para atendê-lo. (O'DWYER; MATTA; PEPE, 2008).

Como tentativa de explicar a superlotação das emergências, O'dwyer, Matta; Pepe, (2008) ressalta a fácil acessibilidade, o funcionamento em todas as horas sem interrupção, a dificuldade de serem atendidos nos serviços ambulatoriais e, também, a angústia e apreensão dos usuários.

Como se trata de um Sistema de Saúde, a idéia é algo que funcione de modo harmonioso, operando distintas tecnologias de saúde e acessados de forma desigual pelas diferentes pessoas ou agrupamentos, que deles necessitam (CECILIO; MERHY, 2003, p. 4).

Desse modo, a integralidade transversaliza todo o sistema e para a sua atuação é necessário que se pense em uma “linha de cuidados” em que o hospital é um componente fundamental, agindo “como uma “estação” no circuito que cada indivíduo percorre para obter a integralidade que necessita” (CECILIO; MERHY, 2003, p. 4).

A partir da organização da atenção ao usuário por linha de cuidado, a construção de redes assistenciais tem como instância norteadora de demandas de saúde a atenção primária determinando uma atenção integral e equânime ao usuário do sistema.

Talvez o maior desafio na assistência de emergência seja promover essa atenção integral ao usuário, considerando que o seu atendimento pode perpassar por diversos profissionais com diferentes saberes e tecnologias, sendo difícil, por vezes, identificar quando a necessidade real difere daquela sentida pelo usuário. Daí, a relevância da organização do acesso através de um processo de regulação, favorecendo a maior resolubilidade da demanda.

Segundo o pensamento expresso por Arouca (BITTENCOURT; HORTALE, 2007, p. 931, grifo do autor):

unidade mais simples de análise a ser considerada, no interior da Medicina **é o cuidado médico**, que envolve uma relação entre duas pessoas. Uma delas transforma um sofrer, uma insegurança, enfim, um sentir em necessidade, que somente pode ser satisfeita por alguém externo a ela, socialmente determinado e legitimado. É uma relação que se dá em um espaço especializado para suprir, resolver ou atender a esse conjunto de necessidades denominadas doença.

Neste contexto, podemos avaliar que a assistência prestada nos serviços de emergência é centrada em um modelo fragmentado dos processos de trabalho e da relação entre os diferentes profissionais (GIGLIO-JACQUEMOT, 2006). A assistência é dividida em turnos (plantões), em que diversos profissionais executam a ação, como dar continuidade a essa assistência de forma linear. Surge, assim, a figura do médico evolucionista como elemento fomentador desta integração.

Conforme afirma Bittencourt e Hortale (2007, p. 932):

Há estudos mostrando que o modelo hospitalocêntrico vem sendo, ao longo das últimas décadas, substituído pelo modelo caracterizado por uma maior integração entre os serviços, pelo desenvolvimento de redes assistenciais, pela constatação que nenhum serviço, isoladamente, dispõe de recursos humanos, financeiros, competência e tecnologia para fazer frente à atenção integral a saúde da população. O chamado “*sistema sem muros*”, com acesso irrestrito, devidamente regulado e interligado por corredores virtuais.

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), nos anos recentes em quase todos os países desenvolvidos ou em desenvolvimento do ocidente tem ocorrido processo de ajuste nos mecanismos ligados à produção de serviços de saúde, comumente denominado de reforma do sistema de saúde. Tais processos, no entanto, têm tomado distintos rumos e resultados de acordo com o país.

Contudo, um dos pontos congruentes nesses projetos de reforma é a necessidade de redefinição do papel dos profissionais de saúde. Uma questão importante é a ausência de profissionais que dêem uma continuidade à rotina de atendimento e cuidados com o paciente. Faz-se necessário uma visão mais ampliada do funcionamento do hospital. A equipe de rotina avalia o seguimento do paciente, melhorando a qualidade da assistência e aumentando o vínculo do paciente com a equipe (O'DWYER; OLIVEIRA; SETTA, 2009, p. 1888).

A ausência desta equipe cria na emergência um isolamento desse setor. Segundo O'Dwyer, Oliveira e Setta (2009, p. 1888):

O isolamento da emergência dentro dos hospitais deve ser enfrentado pela direção e pelo corpo clínico do mesmo. Nos hospitais pesquisados, a “internação” na emergência cria um segundo hospital, muitas vezes isolado do resto das clínicas, principalmente das não cirúrgicas. Esse problema é maior nos hospitais que, além da emergência, têm outras portas de entrada para pacientes eletivos.

Portanto a questão central da emergência é a resolutividade e a integralidade. Logo, de acordo com O'Dwyer, Oliveira e Setta (2009, p. 1882):

a atuação deve ser conjunta a um sistema de regulação com referência e contra-referência, voltada ao atendimento ambulatorial e à triagem intra-hospitalar e que proporcione locais de seguimento após o atendimento emergencial.

De acordo com Cecílio e Merhy (2003), a definição de atenção integral de um paciente no hospital seria o esforço de uma abordagem completa, holística, portanto integral, de cada pessoa portadora de necessidades de saúde que, por certo período de sua vida, precisasse de cuidados hospitalares.

Para se atingir esta meta são necessárias algumas ações. Segundo Cecílio (1997), podemos incluir:

- Trabalhar com protocolos que estabeleçam quais são as patologias que necessitam ter acompanhamento mais apropriado que não aquele atendimento que está sendo feito no pronto-socorro. Com base nestes protocolos, as equipes dos serviços de emergência deveriam se responsabilizar pelo encaminhamento do paciente para o espaço tecnológico adequado dentro do sistema.
- Criar “vínculos provisórios” com médicos ou equipes dos serviços de urgência, no sentido de tentar aproveitar o atendimento inicial que o paciente está recebendo, para, em determinados casos estabelecidos também em protocolos, avançar na exploração e elucidação do problema do mesmo, dentro dos limites tecnológicos e organizacionais do pronto-socorro.

Atuando em conformidade com este raciocínio, a partir de julho de 2009 surgiu à idéia de se introduzir na equipe da emergência do Hospital Getúlio Vargas a figura do médico evolucionista, em dada especialidade, elemento de interligação entre os médicos plantonistas, os da equipe da unidade de internamento, a central de regulação e o ambulatório. Foi eleita a Clínica de Cirurgia Vascular por apresentar um quadro completo de plantonistas, terem perfil definido dos casos a ser internados na enfermaria (Quadro 1) , atender na sua unidade de emergência os casos de acordo com o Protocolo das Unidades de Emergência para Emergências Vasculares (Quadro 2) (BRASIL, 2002b) e possuir uma equipe de apoio na enfermaria.

O papel central deste médico foi então definido baseado no pressuposto técnico de que um paciente na unidade de emergência após 24h, não se configura mais como emergência e sim como passível de internamento hospitalar. Ele faria então a evolução deste usuário procurando identificar a real necessidade de permanência na unidade, quais os fatores que estariam contribuindo para a sua

permanência e de que forma o sistema poderia, então, ser acionado para a resolução do problema.

Dentro do princípio de equidade, para que esta seja concretizada é necessário para Unglert; 1990, p. 445, haver a acessibilidade aos serviços de saúde.

A ação regulatória é o elemento ordenador e orientador dos fluxos assistenciais, sendo responsável pelo mecanismo de relação entre a gestão e os vários serviços de saúde, assim como da relação entre esses serviços. Esse processo de operacionalização, realizado por profissional de saúde que observa, além das questões clínicas, o cumprimento de protocolos estabelecidos para disponibilizar a alternativa assistencial mais adequada a cada caso.

De acordo com Santos et al. (2003) :

A regionalização e a hierarquização, por si só, não garantem a redução do afluxo desnecessário de usuários aos níveis de maior complexidade. É esperado que os usuários não só sejam acolhidos no nível primário, mas que, fundamentalmente, recebam atenção resolutiva. Ou seja, a resolubilidade das unidades básicas e secundárias de saúde é condição fundamental para evitar a maioria dos encaminhamentos desnecessários aos centros de complexidade terciária e, particularmente, aos hospitais de maior porte, permitindo que seus leitos sejam ocupados por usuários que realmente deles necessitem.

Conforme esclarece Nascimento et al. (2009), o Pacto pela Saúde 2006 é um termo de compromisso entre entes públicos, instituindo assim novas bases para que o SUS atinja um processo mais solidário de gestão.

Segundo o Pacto pela Saúde 2006, para criar fluxos ágeis de referência, exige-se a integração das ações de solicitação e autorização. As Centrais de Regulação atuam em áreas assistenciais interrelacionadas como a assistência pré-hospitalar e inter-hospitalar de urgência. A partir do momento em que o paciente necessita de uma internação será acionada a Central de Regulação Hospitalar.

Para O'Dywer; Oliveira; Seta (2009 p. 1882):

As questões centrais para a avaliação da emergência são a resolutividade e a integralidade. A atuação deve ser conjunta a um sistema de regulação com referência e contra-referência, voltada ao atendimento ambulatorial e à

triagem intra-hospitalar e que proporcione locais de seguimento após o atendimento emergencial.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006i, p. 61), a Regulação Médica das Urgências é operacionalizada pelas Centrais de Regulação Médica, onde o médico regulador acolhe os pedidos enviados a esta central, estabelece o grau de urgência de cada caso e assegura os meios para efetivação destes.

A regulação em saúde é, portanto, um conjunto de ações mediatas que se interpõem entre as demandas dos usuários e seu acesso aos serviços de saúde (NASCIMENTO, et al., 2009).

Vista deste modo, a regulação tem entre seus fundamentos, ser um instrumento de gestão para o ordenamento da relação dos usuários com os prestadores de saúde (BRASIL, 2004h).

A Constituição Federal 1988 aborda também o uso da rede privada para suplementar as ações de saúde, em relação a este tema Farias (2009) nos fala:

Em relação aos prestadores de serviços de assistência médico-hospitalar, a regulação implica no estabelecimento de regras claras de obrigações e deveres. Que se fortalecem através da assinatura de contratos de prestação de serviços, criando mecanismos de responsabilização e se adequando à legislação vigente em relação à compra de serviços por parte do poder público.

O Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência é utilizado para que se promova a universalidade do acesso, a equidade na alocação de recursos e a integralidade na atenção prestada através do acolhimento e triagem. Naqueles casos em que a demanda é inadequada, ou após o atendimento de urgência, o usuário deve ser redirecionado para prosseguir com o seu tratamento, seja este um internamento na mesma unidade ou transferência para aquelas de menor complexidade ou, até mesmo, para atendimento ambulatorial na atenção primária ou especializada (BRASIL, 2002e).

O Ministério da Saúde através da sua política nacional de atenção às urgências, é enfático quanto ao usuário que procura como atendimento inicial a

emergência e, após este atendimento ressalta a necessidade de garantir uma referência regulada para acesso aos meios adicionais de atenção. (BRASIL, 2004g).

Este processo regulatório está bem definido na Portaria nº 423/2002 do Ministério da Saúde quanto à sua atuação no “sentido de intervir positivamente sobre o acesso dos cidadãos aos serviços” (BRASIL, 2002c).

4 MÉTODO

Foi realizada pesquisa descritiva de corte transversal, com base na abordagem quantitativa na emergência de um hospital de alta complexidade da rede de saúde pública estadual, localizado no município de Recife, de janeiro a dezembro de 2009. A entrada do médico evolucionista na unidade de emergência de cirurgia vascular foi a partir de julho de 2009.

Os dados foram coletados a partir dos bancos dos sistemas SAPE – desenvolvido pela Agência Estadual de Tecnologia da Informação (ATI – antiga FISEPE) do Governo do Estado e implantado no HGV em 2001 e REGMED - desenvolvido pela APPEY e ATI (antiga FISEPE), linguagem JAVA, implantado em 2003 no estado de Pernambuco e disponível na web (PERNAMBUCO, SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE).

Critério de inclusão: foram incluídos todos os usuários atendidos na emergência em Cirurgia Vascular no período proposto.

Após a coleta de dados estes foram alimentados, conforme quadro abaixo, em planilha utilizando os Softwares SPSS 13.0 para Windows e o Microsoft Office EXCEL 2003. Todos os testes foram aplicados com 95% de confiança e os resultados apresentados em forma de tabela com suas respectivas frequências absoluta e relativa. As variáveis numéricas estão representadas pelas medidas de tendência central e medidas de dispersão. Foram utilizados os testes de Kolmogorov-Smirnov para variáveis quantitativas, o Teste do Qui-Quadrado e o Teste Exato de Fischer para as variáveis categóricas e o de Mann-Whitney (não-normal) para comparação com dois grupos.

OBJETIVO ESPECÍFICO	VARIÁVEL	DESCRIÇÃO
Perfil Clínico	Número de usuários	
	Idade	Intervalos de 10 anos
	Sexo	Masculino/Feminino
	Procedência	Regional
	Co-morbidades	Diabetes (DM), Hipertensão (HAS), Outros
	Nível de complexidade	Diagnóstico Vascular (CID 10)
Caracterizar o Acesso	Altas	HGV
	Internamentos	HGV
	Transferências	Rede Conveniada
Tempo de espera	Atendimento pela equipe de Cirurgia Vascular	HGV
Tempo de permanência hospitalar	Intervalo entre o internamento e alta/óbito	HGV Rede Conveniada
Desfecho	Óbito	HGV
	Seqüela (amputação)	HGV
	Cura	HGV

Quadro 1 – Variáveis utilizadas na análise da pesquisa.

Este estudo foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa do CPqAM/FIOCRUZ, de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil e aprovado em 05 de maio de 2010 sob o nº 0018.0.095.000-10 (Anexo C).

5 RESULTADOS

Tabela 1 - Perfil dos pacientes atendidos na emergência vascular do HGV segundo sexo e faixa etária no período de janeiro a dezembro de 2009.

Faixa etária	Demanda Total		Sexo			
			Masculino		Feminino	
			N	%	n	%
0 a 10	6	0,3	3	0,3	3	0,3
11 a 20	58	3,1	32	3,6	26	2,7
21 a 30	166	8,9	96	10,7	70	7,2
31 a 40	221	11,8	105	11,7	116	11,9
41 a 50	311	16,6	160	17,8	151	15,5
51 a 60	415	22,1	200	22,2	215	22,1
61 a 70	315	16,8	135	15,0	180	18,5
71 a 80	264	14,1	126	14,0	138	14,2
81 a 90	94	5,0	33	3,7	61	6,3
91 a 100	19	1,0	6	0,7	13	1,3
Não Informado	6	0,3	4	0,4	2	0,2
TOTAL	1875	100	900	100,0	975	100,0

Foram atendidos na emergência vascular do HGV em 2009, 1.875 usuários. Destes, 975 (52%) eram do sexo feminino. A faixa etária variou de 1 a 99 anos com idade média de 53,8 anos. Houve um maior atendimento nas faixas entre 21 a 80 anos em um total de 1.692 pacientes (90,2%). Observa-se que houve maior frequência de pacientes do sexo masculino nas faixas etárias de 0 a 50 anos (52%), e na faixa de 51 a 100 anos houve predomínio de pacientes do sexo feminino (54,8%) (Tabela 1).

Tabela 2 – Procedência e evolução dos pacientes atendidos na emergência vascular do HGV por regional de saúde no período de janeiro a dezembro de 2009.

GERES	Evolução										p-valor *
	Demanda		Internação		Alta		Transferência		Outros		
	N	%	n	%	N	%	n	%	N	%	
I GERES	1619	86,3	117	68,8	1140	90,3	209	77,4	153	89,0	< 0,001
II GERES	113	6,0	22	12,9	62	4,9	21	7,8	8	4,7	
III GERES	43	2,3	10	5,9	19	1,5	10	3,7	4	2,3	
IV GERES	53	2,8	14	8,2	22	1,7	12	4,4	5	2,9	
V GERES	16	0,9	3	1,8	8	0,6	5	1,9	0	0,0	
VI GERES	7	0,4	0	0,0	4	0,3	3	1,1	0	0,0	
VII GERES	1	0,1	0	0,0	0	0,0	1	0,4	0	0,0	
VIII GERES	4	0,2	1	0,6	2	0,2	1	0,4	0	0,0	
IX GERES	3	0,2	2	1,2	1	0,1	0	0,0	0	0,0	
X GERES	3	0,2	0	0,0	1	0,1	2	0,7	0	0,0	
XI GERES	3	0,2	0	0,0	1	0,1	1	0,4	1	0,6	
Outros estados	10	0,5	1	0,6	3	0,2	5	1,9	1	0,6	
Total	1875	100	170	100	1263	100	270	100	172	100	

Nota: (*) Teste Exato de Fisher

A tabela 2 mostra que, apesar dos pacientes analisados terem procedido de municípios de todas as regionais de saúde (GERES) do Estado, 86.3% foram procedentes de municípios da I GERES. Observa-se, ainda, que houve um percentual pequeno de pacientes provenientes de outros estados (0.5%).

Dentre os 1.875 pacientes analisados, 440 (23.5%) foram internados no próprio serviço ou em unidade da rede complementar, sendo 326 (74%) destes da I GERES. Quando se consideram as altas da própria sala da emergência após atendimento, 1.263 (67.4%) dos pacientes evoluíram para este desfecho sendo 1.140 (90.3%) destes procedentes da I GERES. Dos 256 pacientes procedentes da II a XI GERES, 120 (46.9%) obtiveram alta logo após o atendimento na emergência e 114 (44.5%) foram internados no próprio hospital ou em unidade da rede

complementar. Da população avaliada, 9.2% pacientes evadiram-se antes do atendimento ou após o atendimento inicial mediante assinatura de termo de responsabilidade.

Tabela 3 - Perfil diagnóstico e comorbidades associadas em pacientes atendidos na emergência vascular do HGV no período de janeiro a dezembro de 2009

CID – 10	Comorbidade															
	Total		DM		HAS		DM + HAS		Outros		Nenhuma		Não Informado		Branco	
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Linfangite	314	16,7	16	9,5	32	20,0	27	14,0	23	12,8	22	15,2	192	21,1	2	1,7
Varizes	231	12,3	4	2,4	26	16,3	13	6,7	39	21,7	15	10,3	134	14,7	0	0,0
Pé diabético	227	12,1	111	65,7	0	0,0	76	39,4	5	2,8	3	2,1	32	3,5	0	0,0
Oclusão venosa	183	9,8	2	1,2	18	11,3	5	2,6	23	12,8	31	21,4	104	11,4	0	0,0
Arteriopatias	176	9,4	18	10,7	38	23,8	44	22,8	23	12,8	6	4,1	47	5,2	0	0,0
Trauma vascular	96	5,1	1	0,6	2	1,3	1	0,5	20	11,1	2	1,4	70	7,7	0	0,0
Miscelânea	461	24,6	17	10,1	43	26,9	27	14,0	46	25,6	65	44,8	261	28,6	2	1,7
Em branco	187	10,0	0	0,0	1	0,6	0	0,0	1	0,6	1	0,7	72	7,9	112	96,6
Total	1875	100	169	100,0	160	100,0	193	100,0	180	100,0	145	100,0	912	100,0	116	100,0

Na tabela 3 estão descritos os perfis diagnósticos dos pacientes atendidos na emergência vascular categorizados em sete grupos para melhor entendimento:

- a) LINFANGITE: linfangites, erisipelas, celulites, linfedema;
- b) VARIZES: varizes membros inferiores, úlceras varicosas, varicorragias;
- c) TRAUMA VASCULAR: lesões vasculares;
- d) ARTERIOPATIAS: aterosclerose, aneurismas, dissecação aorta, tromboangeíte, isquemia crítica, isquemia irreversível;
- e) OCLUSÃO VENOSA: trombose venosa profunda, tromboflebite, síndrome da pedrada;
- f) PÉ DIABÉTICO: diabéticos com mal-perfurante plantar, infecções, úlceras, necroses;

g) MISCELÂNEA: pacientes cujo diagnóstico não se enquadravam em patologia vascular.

Dos 1.875 pacientes atendidos pela equipe médica da emergência vascular do serviço analisado, 65,4% apresentavam patologia vascular.

Os que possuíam diagnóstico não enquadrado como patologia vascular (miscelânea), mas que foram atendidos na emergência pelo cirurgião vascular, correspondeu a 24.6% e os sem diagnóstico 10%.

Quando avaliamos as comorbidades observamos que dos atendidos, 362 19.3% eram diabéticos (diabetes isolado ou associado à hipertensão) e 353 (18.8%) eram hipertensos (isoladamente ou associados à hipertensão). Nos atendimentos analisados não foi informada a existência de co-morbidades em 48.6% dos casos e em 7.7% foi registrada a inexistência de comorbidade no prontuário do paciente.

Tabela 4 – Pacientes com lesão vascular atendidos na emergência vascular do HGV distribuídos por faixa etária e sexo no período de janeiro a dezembro de 2009

Faixa etária	Demanda Total	Sexo	
		Masculino	Feminino

	N	%	N	%	n	%
0 a 10	0	0,0	0	0,0	0	0,0
11 a 20	11	11,5	9	12,5	2	6,1
21 a 30	30	31,3	26	36,1	4	12,1
31 a 40	18	18,8	15	20,8	3	9,1
41 a 50	15	15,6	9	12,5	15	45,5
51 a 60	15	15,6	11	15,3	4	12,1
61 a 70	2	2,1	0	0,0	2	6,1
71 a 80	3	3,1	1	1,4	2	6,1
81 a 90	2	2,1	1	1,4	1	3,0
91 a 100	0	0,0	0	0,0	0	0,0
TOTAL	96	100	72	100,0	33	100,0

Nota:(*) Teste Exato de Fisher

A tabela 4 mostra a distribuição dos pacientes com lesão vascular traumática por faixa etária e sexo evidenciando que dos 96 pacientes vítimas de trauma vascular, 72 (75%) eram do sexo masculino, em especial na faixa de 21 a 40 anos, na qual 85.4% eram homens.

Tabela 5 - Evolução dos pacientes da emergência vascular do HGV antes e após a inserção do medico evolucionista na equipe no período de janeiro a dezembro de 2009.

Motivo da Saída	Demanda	Semestre		p-valor
		1º Semestre	2º Semestre	

	N	%	n	%	n	%	
Alta da emergência	1263	67,3	832	66,8	431	68,4	0,022 *
Internados no próprio serviço	170	9,1	106	8,5	64	10,2	
Transferência convênios	270	14,4	175	14,0	95	15,1	
Óbitos	4	0,2	2	0,2	2	0,3	
Desistiram do atendimento	168	9,0	130	10,5	38	6,0	
Total	1875	100,0	1245	100,0	630	100,0	-

Nota: (*) Teste de Qui-Quadrado

Na tabela 5 analisamos a evolução dos pacientes após o atendimento na emergência antes e após a inserção do médico evolucionista na equipe (em julho de 2009). Observa-se que 67.3% de todos os pacientes analisados obtiveram alta após o atendimento, 14.4% foram transferidos para hospital da rede complementar, 9.1% foram internados no próprio serviço e 0.2% evoluíram para o óbito. Considerando o 1º e 2º semestres, podemos observar uma redução da demanda no 2º semestre. Verifica-se que do total da população analisada, 9% dos usuários evadiram-se (antes do atendimento ou logo após o atendimento inicial) havendo uma queda deste índice no 2º semestre (de 10,5% para 6,0%).

TABELA 6 - Tempo médio para o 1º atendimento e deste para internação ou alta.

Tempo	Semestre		p-valor *
	1º Semestre	2º Semestre	

	Mediana	(Q1 ; Q3)	Mediana	(Q1 ; Q3)	
Tempo em minutos até o 1º atendimento.	39,0	(19,0; 78,8)	32,0	(18,0; 72,0)	0,392
Tempo em minutos do 1º atendimento até a internação em convenio.	269,0	(166,0; 679,0)	257,0	(109,3; 514,8)	0,446
Tempo em minutos do 1º atendimento até a alta da emergência.	88,0	(46,0; 175,0)	86,5	(40,8; 178,3)	0,536
Tempo em minutos do 1º atendimento até a internação no serviço.	1489,0	(1038,0; 2797,5)	1008,0	(226,0; 1503,0)	< 0,001

Nota:(*) Teste de Mann-Whitney

O tempo em minutos decorrido desde a chegada à unidade hospitalar até o 1º atendimento foi de 39 e 32 minutos no 1º e 2º semestres, respectivamente. Do 1º atendimento até a internação no próprio serviço houve um tempo médio no 1º semestre de 1489 minutos e de 1008 minutos no 2º semestre (estatisticamente significativo). No 2º semestre houve uma redução nos tempos médios do 1º atendimento até a alta da emergência (de 88 para 86,5 minutos) e para internação em unidade da rede complementar (de 269 para 257 minutos), embora não significantes do ponto de vista estatístico (Tabela 6).

TABELA 7 - Evolução dos pacientes atendidos na emergência vascular e internados no próprio serviço no período de janeiro a dezembro de 2009.

Evolução	N	%
Alta	142	83,5

Óbito	19	11,2
Transferência	6	3,5
Outros	3	1,8
Total	170	100,0

A tabela 7 mostra que entre os pacientes atendidos na emergência vascular e internados no próprio serviço (170 pacientes), 83,5% evoluíram para alta e 11,2% para o óbito.

TABELA 8 - Evolução dos pacientes internados e submetidos à amputação no próprio serviço no período de janeiro a dezembro de 2009

Evolução	Demanda		Amputados	
	N	%	N	%
Alta	142	83,5	28	19,7
Óbito	19	11,2	6	31,6
Transferência	6	3,5	0	0,0
Outros	3	1,8	0	0,0
Total	170	100,0	34	20,0

Na tabela 8 observa-se a necessidade de amputação entre os 170 pacientes internados no próprio serviço, bem como a sua evolução. Dos 170 pacientes internados, 34 necessitaram de amputação. Dentre os 142 pacientes que tiveram alta do serviço, 28 (19.7%) necessitaram de amputação e dos 19 pacientes que foram a óbito durante a internação, 31.6% haviam necessitado amputação.

6.DISSCUSSÃO

O presente estudo pretendeu avaliar a contribuição do médico evolucionista na regulação de pacientes na emergência vascular do Hospital Getúlio Vargas, hospital de alta complexidade da rede de saúde pública estadual, no período de janeiro a dezembro de 2009.

Foram atendidos na emergência vascular do hospital no período avaliado, 1.875 pacientes, com predominância do sexo feminino (52%), o que difere dos achados de Nunes et al. (2002) que mostram um predomínio no sexo masculino (52,7%) nos atendimentos vasculares de hospitais públicos em Salvador. Quanto à faixa etária, a idade média encontrada foi de 53,8 anos abaixo da média de 69,8 anos, encontrada no trabalho citado anteriormente.

Percebe-se que o maior percentual de atendimento ocorreu na faixa de 51-80 anos (53%), seguida pela faixa de 21 a 50 anos (37.2%), o que perpassa pelo perfil de adoecimento englobando praticamente todas as patologias vasculares desde as varizes de membros inferiores sem complicações até as doenças arteriais e linfáticas, agudas, crônicas ou crônicas agudizadas, incluindo-se as lesões decorrentes de complicações do diabetes. Entre os mais jovens, as lesões vasculares secundárias a trauma são mais freqüentes, em especial no sexo masculino. O número de atendimentos diminuiu a partir dos 81 anos, em conformidade com a expectativa de vida do brasileiro em torno de 72,9 anos (IBGE, 2009).

Ao se estratificar as faixas etárias, percebe-se um predomínio do sexo masculino (51.7%) de 21 a 50 anos havendo uma inversão na faixa de 51 a 80 anos na qual predomina o sexo feminino (53.6%) coincidindo com os achados de Furtado et al (2004). Este predomínio do sexo masculino na faixa dos 21 a 50 anos pode estar associado à violência, pois entre 63 pacientes com lesão vascular (65.6%), 50 eram do sexo masculino (79.4%), dado em concordância com o estudo de Barbosa et al (2007) no qual houve uma predominância de 41,2% no sexo masculino, vítima de violência urbana atendidos em um hospital de alta complexidade da rede de saúde pública estadual de Pernambuco.

De acordo com o presente estudo a maior procedência foi da I regional de saúde do Estado (86,3%) corroborando os achados de Furtado et al. (2004) e de Jacobs e Matos (2005), que verificaram que o Recife e Região Metropolitana foram responsáveis por quase 90% e 96,35% respectivamente dos atendimentos, provavelmente pela maior facilidade à rede de serviços de saúde do Estado.

Constata-se, também, que houve atendimentos de outros estados, dado também encontrado no estudo de Furtado.

Em se tratando de uma unidade assistencial de emergência/urgência de alta complexidade, é de se fazer cumprir que após o atendimento os usuários sejam encaminhados de acordo com a necessidade, seja esta a alta hospitalar diretamente da emergência para acompanhamento na rede de atenção básica, a internação na própria unidade ou a sua transferência para uma unidade de menor complexidade de internação para, assim, dar continuidade ao tratamento. Neste trabalho percebemos que 67,4% da demanda atendida tiveram a sua alta primariamente da unidade de emergência, necessitando de internação (no próprio serviço ou na rede complementar) apenas 23,5% dos pacientes atendidos. O estudo de Jacobs e Matos (2005) corroboram o alto percentual de altas encontrado após o atendimento de emergência. Os autores citados encontraram cerca de 79% de evolução dos atendimentos da emergência para a alta e apenas 3,2% para o internamento. Merece posterior análise se o maior percentual de internação encontrado no presente estudo decorreu da maior gravidade dos casos atendidos ou do retardo diagnóstico.

A partir destes dados surge a reflexão, apontada em diversos estudos, que a unidade de emergência/urgência torna-se uma importante porta de entrada de acesso ao sistema, embora nem sempre a ideal para todos os casos.

Quando analisamos os pacientes que tiveram alta diretamente da emergência, os diagnósticos mais encontrados foram categorizados nos grupos das linfangites, erisipelas, varizes de membros inferiores e flebites, situações passíveis de serem atendidas nas unidades básicas de saúde e/ou policlínicas.

Dentre os casos internados (na unidade ou rede complementar) houve predomínio de diagnósticos, como pé diabético, isquemias críticas e oclusões arteriais agudas, situações também passíveis de prevenção a partir do diagnóstico precoce na atenção básica, evitando ou minimizando a necessidade de 20% de amputação encontrada nesta pesquisa.

Persiste um percentual elevado (24,8%) de diagnósticos sintomáticos (dor, edema, entre outros), corroborado pelos estudos de Jacobs e Matos (2005) e em concordância com a literatura quando refere que o atendimento em salas de emergência ainda é do tipo “queixa-conduta”.

Constatamos, ainda, que 19,3% dos pacientes eram diabéticos isoladamente ou associado à hipertensão, 18,8% eram hipertensos e que foram dados diagnósticos de linfangites em 16,7% dos casos e varizes em 12,3%, patologias que podem ter sua resolução na atenção básica e em serviços de média complexidade. Tendo sido o pé diabético a 3ª patologia mais encontrada dentre os diagnósticos vasculares, necessitamos, portanto, avaliar mais criteriosamente estes dados em um segundo momento, pois, as ações preventivas desta complicação vascular são atribuições da atenção básica através de ações de educação comunitária e controle da doença de base.

Verifica-se neste estudo que o tempo médio para o primeiro atendimento por um cirurgião vascular na unidade de emergência/urgência foi reduzido, quando analisado o 1º e 2º semestre, de 39 para 32 minutos, coincidindo com a inserção do médico evolucionista na equipe. Ressalte-se que este tempo, embora a redução não tenha sido estatisticamente significativa, encontra-se bem abaixo do encontrado no estudo de Nunes et al (2002) que foi de 2,2 dias. Tal fato reflete a importância da presença do médico vascular evolucionista integrado à equipe de plantonistas em uma unidade de emergência de alta complexidade .

Houve, também, redução, embora não estatisticamente significativa, no tempo médio do 1º atendimento até a alta da emergência de 88 para 86.5 minutos do 1º semestre para o 2º semestre, após a inserção do médico evolucionista. Este tempo é considerado curto comparado ao de 236.5 minutos encontrado no estudo de Jacobs e Matos (2005) e proporciona melhoria no processo de trabalho por determinar maior foco nos pacientes mais graves com a liberação dos pacientes de menor complexidade que superlotam o departamento de emergência. Do 1º atendimento até a internação no próprio serviço, apesar de ter havido melhora no tempo de espera no 2º semestre (de 1489 para 1008 minutos, $p < 0.001$) com o trabalho do médico evolucionista, ainda se encontra acima do tempo médio encontrado na literatura (JACOBS ; MATOS, 2005) .

O tempo para internação em unidade da rede complementar foi reduzido no 2º semestre para 257 minutos, menor que o referido em outros estudos que foi de 533.2 minutos, sugerindo a mudança no processo de trabalho na emergência após a inserção do médico evolucionista.

Não foi possível a comparação com outros estudos uma vez que a autora não encontrou trabalhos que tratassem da contribuição do médico evolucionista na melhoria do processo de trabalho na unidade de emergência, foco desta pesquisa.

A análise da evolução dos pacientes internados no próprio serviço hospitalar mostrou um percentual de óbito de 11,2%, abaixo do encontrado abaixo da encontrada em Jorge *et al* (1999), que foi de 15,7% e em outros estudos citados por ele referindo uma variação de 9 a 33%.

Relevante foi o percentual de 20% de amputação entre os pacientes internados encontrado no estudo, embora esteja em consonância com outros estudos realizados cujas taxas variam de 2,5 a 40% (JORGE *et al*, 1999). Em relação ao percentual de óbitos nos pacientes amputados, encontramos 31,6%, percentual ainda acima das taxas relatadas na literatura de 6 a 17% (De LUCCIA, *et al*; 2003).

São importantes novos estudos, frente à mutilação, problemas emocionais e sociais, além da redução da capacidade laborativa causada, para se avaliar se a necessidade de amputação decorreu da gravidade clínica, do retardo no diagnóstico antes da chegada ao serviço e/ou do retardo da internação para tratamento específico.

7 CONCLUSÃO

Em um país com mais de 180 milhões e em um Estado com mais de oito milhões de habitantes onde a saúde é um direito garantido pela Constituição Federal, a ordenação do fluxo de acesso e a organização no processo de trabalho nas emergências é condição indispensável para a garantia de uma assistência em saúde de qualidade.

Em um cenário ideal, o cidadão deveria buscar atendimento em unidades básicas de saúde e a partir daí, ser encaminhado a outras unidades de maior complexidade com a finalidade de realizar procedimento diagnóstico ou terapêutico de acordo com a sua necessidade.

A análise dos dados estudados demonstra que a acessibilidade aos serviços de saúde leva em consideração e é facilitada (embora não necessariamente) pela proximidade geográfica, além de sugerir uma distorção, por conta do usuário, da porta de entrada norteadora do sistema de saúde, por vezes determinada pelo nível inadequado de resolubilidade diferente das suas expectativas.

O percentual encontrado de óbitos e de amputação pode-se dever ao fato do serviço em tela ser uma unidade de alta complexidade onde as condições clínicas mais complexas são admitidas. Porém, não deve ser deixada de lado a reflexão quanto a outros motivos possíveis de contribuírem para estes eventos indesejados, tais como a não prevenção/promoção à saúde, o inadequado controle das doenças de base e o retardo no diagnóstico de complicações vasculares.

A adoção da estratégia assistencial de inserir o médico evolucionista no processo de trabalho de uma emergência vascular de um hospital de alta complexidade, integrando a linha de cuidado e visando definir o mais precoce possível a evolução do paciente, compatível com o seu grau de necessidade e o perfil da unidade, mostrou-se eficaz e coerente com a proposta do atendimento horizontalizado e a melhoria da qualidade da assistência nessas unidades.

Os mecanismos adotados até então nos parecem válidos na organização do acesso dos usuários às possíveis portas de entradas através da atuação do médico evolucionista, importante elo de integração entre o serviço hospitalar, a Central de

Regulação Hospitalar e as unidades da rede complementar, bem como na agilização na internação no próprio serviço.

A avaliação quanto ao tipo de usuário que está chegando ao serviço de emergência vascular, de onde são procedentes, quais as patologias vasculares mais frequentes e como evoluem tais pacientes são importantes questões a serem consideradas pelos gestores de saúde para planejamento de estratégias da atenção à saúde e sua regulação.

A inserção do médico evolucionista na rotina das grandes emergências públicas, alterando para melhor o processo de trabalho nestas, é vital para o seguimento humanizado do paciente, para o processo regulatório, uma vez que contribui para a adequação do perfil da demanda da unidade hospitalar, e propicia maior dinamicidade e resolubilidade no atendimento de emergência melhorando a qualidade e a integralidade da assistência em saúde.

REFERÊNCIAS

ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, p. 815-823, 2003.

BARBOSA, H. S. C.; et al. Perfil e fatores associados à morbi-mortalidade por Causas externas de adolescentes atendidos em um serviço de emergência em Recife entre 2004 a 2005. **Revista de Enfermagem UFPE on line**. Recife, v.1, n. 2, p.144–51,out/dez, 2007

BITTENCOURT, R. J.; HORTALE, V. A. A Qualidade nos Serviços de Emergência de Hospitais Públicos e Algumas Considerações sobre a Conjuntura Recente no Município do Rio de Janeiro. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro , v. 12, n. 4, p. 929-934, 2007.

BRASIL. Secretária Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS: doutrinas e princípios**. Brasília, DF, 1990a .

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo das Unidades de Emergência**. Brasília, DF, 2002b.

BRASIL. Portaria n. 423, de 09 de julho de 2002. Controle, Regulação e Avaliação. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, jul. 2002 c. Seção 1.

BRASIL. Portaria n. 729 de 14 de outubro de 2002. Plano de Controle, Regulação e Avaliação da Assistência. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 2002d. Seção 1.

BRASIL. Portaria n. 2.048 de 12 de novembro de 2002. Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 2002e. Seção 1.

BRASIL. Constituição (1988). Da Saúde. In: _____. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. 32. ed. São Paulo: Saraiva, 2003f. Título 5, cap. 2, seção 2.

BRASIL.Ministério da Saúde .**Política nacional de atenção às urgências**. Brasília, DF, 2004g.

BRASIL.Ministério da Saúde .**Regulação no setor de saúde**: em direção aos seus fundamentos públicos. Brasília, DF, 2004h.

BRASIL.Ministério da Saúde .**Regulação médica das Urgências**. Brasília,DF, 2006i.

BRASIL. Departamento de Informática do SUS. População. In _____. **População Residente em Pernambuco**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/poppe.def>>. Acesso em: 13 jan. 2010j.

CAMPOS, G. W. S.; RATES, S. M. M. Segredos e Impasses na Gestão de um Hospital Público. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 18, n. 4, p. 280, out./dez. 2008.

CECILIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13,n. 3,p.469-478, jul/set, 1997.

CECILIO, L. C. O; MERHY, E. E. A Integralidade do Cuidado como Eixo da Gestão Hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org). **Construção da Integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ: ABRASCO, 2003. p. 197-201.

DE LUCCIA, N. et al. Aspectos técnicos das amputações de membros inferiores. In: PITTA, G. B. B. et al. **Angiologia e Cirurgia Vascular**: guia ilustrado. Maceió, UNCISAL, ECMAL, 2003. p. 1-9.

FARIAS, S. F. **Interesses estruturais na regulação da assistência médico hospitalar do SUS**. 2009. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.

FORTIER, C. C. **Contribuições da central estadual de regulação do SUS – CRESUS no acesso aos serviços públicos de saúde no estado do ceará**. 2006. Monografia (Especialização em Economia e Gestão em Saúde Pública) – Universidade Federal do Estado do Ceará, Fortaleza, 2006.

FURTADO, B. M. S. et al. O perfil da emergência do Hospital da Restauração: uma análise dos possíveis impactos após a municipalização dos serviços de saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Brasília, DF, v. 7, n. 3, p. 279-289, 2004

GIGLIO-JACQUEMOT, A. Urgências e Emergências em Saúde: Perspectivas de Profissionais e Usuários. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 691-694, mar. 2006.

JACOBS, P. C.; MATOS, E. P. Estudo Exploratório dos Atendimentos em Unidade de Emergência em Salvador - Bahia. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 51, n.6, p. 348-353, 2005.

JORGE, B. H. et al. Análise clínica e evolução de 70 casos de lesões podais infectadas em pacientes diabéticos. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, v. 43, n. 5, p. 366-372, out. 1999.

MENDES, A. C. G. et al. Avaliação da satisfação dos usuários com a qualidade do atendimento nas grandes emergências do Recife, Pernambuco, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 9, n. 2, p. 157-165, abr./jun. 2009.

MESQUITA, M. A. F. **A regulamentação da assistência da saúde suplementar: legislação e contexto institucional**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2002.

NASCIMENTO, A. A. M. et al. Regulação em saúde: aplicabilidade para concretização do pacto de gestão do SUS. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 14, n. 2, p. 346-522, abr./jun. 2009.

NUNES, J. L. B. et al. Doença arterial oclusiva periférica de membros inferiores em hospitais públicos de Salvador – perfil dos pacientes e do atendimento. **Jornal Vascular Brasileiro**, São Paulo. v. 1, n. 3, p. 201-206, 2002.

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, p.1637-1648, set./out. 2008.

O'DWYER, G.; OLIVEIRA, S. P.; SETA, M. H. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa qualisus. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14; n, 5, p. 1881-1890, nov./dez. 2009.

OLIVEIRA, L. H. **Cidadãos peregrinos: os “usuários” do SUS e os significados de sua demanda a pronto-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2004.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2008-2011**. Pernambuco para todos. Recife,2009

PIERANTONI, C.R.20 anos do sistema de saúde brasileiro: o Sistema único de Saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 18; n. 4, p. 617-624, 2008.

SANTOS, J. S. et al. Avaliação do modelo de organização da unidade de emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 36, p. 498-515, abr./dez. 2003.

SPICHLER, D. et al. Amputações maiores de membros inferiores por doença arterial periférica e diabetes melito no município do Rio de Janeiro. **Jornal Vascular Brasileiro**, São Paulo, v. 3, n.2, p. 111-122, 2004.

UNGLERT, C. V. S. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 24, p. 445-452, 1990.

APENDICE A – Quadros

Vascular/HGV/SES/PE

- ISQUEMIA CRÍTICA DE MMII
- PÉ DIABÉTICO COMPLEXO
- OCLUSÃO ARTERIAL AGUDA
- TRAUMA VASCULAR
- PACIENTES COM DIAGNÓSTICO VASCULAR QUE APRESENTAM INSUFICIÊNCIA RENAL EM HEMODIÁLISE, CARDIOPATIA

QUADRO 1 – Perfil das patologias para internamento na Clínica.

QUADRO 2 – Protocolo das Unidades de Emergência – Emergências Vasculares

- Trombose Venosa Profunda
- tromboembolismo Pulmonar
- Trauma
- Tromboembolismo Arterial
- Infecção em Pé Diabético
- Aneurismas Rotos
- Iatrogenias

FONTE: Ministério da Saúde – Protocolo das Unidades de Emergência - Brasília

APENDICE B – Declaração de Participação



Centro de Pesquisas
AGGEU MAGALHÃES



Ministério da Saúde

Recife, 16 de Abril de 2010

DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO

Declaro para devidos fins que os pesquisadores abaixo conhecem na íntegra e participam do projeto
**“CONTRIBUIÇÃO DO MÉDICO EVOLUCIONISTA NA REGULAÇÃO DE PACIENTES NA
 EMERGÊNCIA VASCULAR DO HOSPITAL GETÚLIO VARGAS / SES/PE, 2009”**. Executando as
 respectivas tarefas.:

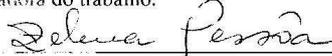
Autor: Quitéria Tavares de Macêdo

Tarefa: Pesquisador .

Assinatura: 

Orientador: Ms. Zelma de Fátima Chaves Pessoa

Tarefa: Orientadora do trabalho.

Assinatura: 

APÊNDICE C - Declaração de Compromisso junto ao CEP/CPqAM



Centro de Pesquisas
AGGEU MAGALHÃES



Ministério da Saúde

Recife, 19 de Abril de 2010

Declaração de Compromisso junto ao CEP/CPqAM

Ciente do compromisso ético com o qual serão tratadas as informações geradas pelo projeto sob minha responsabilidade, "CONTRIBUIÇÃO DO MÉDICO EVOLUCIONISTA NA REGULAÇÃO DE PACIENTES NA EMERGÊNCIA VASCULAR DO HOSPITAL GETÚLIO VARGAS/SES/PE, 2009.", atendendo a resolução 196/96, capítulo IX, artigo 2c, me comprometo a enviar o relatório final, do referido projeto, bem como comunicar qualquer outra alteração que por ventura necessite ser feita.

Atenciosamente,

QUITÉRIA TAVARES DE MACÊDO

Tel: (81) 92438024

dra.qtmacedo@yahoo.com.br

ANEXO A – Solicitação de Carta de Anuência



SOLICITAÇÃO DE CARTA DE ANUÊNCIA

OFÍCIO Nº 28/10

DATA: 16/04/2010

Ilmº Dr

Cumprimentando-o vimos solicitar sua anuência em disponibilizar a pesquisa no banco de dados do sistema SAPE referente aos internamentos na Clínica Vascular do Hospital Getúlio Vargas provenientes da urgência/emergência do serviço de cirurgia vascular no período de janeiro a junho de 2009,. Ressaltamos que tais dados subsidiarão a pesquisa de intitulada “**CONTRIBUIÇÃO DO MÉDICO EVOLUCIONISTA NA REGULAÇÃO DE PACIENTES NA EMERGENCIA VASCULAR DO HOSPITAL GETÚLIO VARGAS-SES/PE NO ANO DE 2009**” a ser realizada pela pós-graduanda **QUITÉRIA TAVARES DE MACEDO** para a conclusão do Curso de Especialização Gestão em Serviços e Sistemas de Saúde – CpqAM/FIOCRUZ, sob minha orientação.

Ressaltamos, ainda, que o estudo em tela constitui-se em uma forma de contrapartida do programa de pós-graduação para a gestão em saúde do estado sendo de fundamental importância sua participação na discussão e análise dos dados na apresentação desta pesquisa.

Atenciosamente,

ZELMA PESSÓA

Diretora Geral de Fluxos Assistenciais

Ilmº Dr

Roberto Cruz

Diretor do Hospital Getúlio Vargas
Secretaria Estadual de Saúde

ANEXO B – Carta de Anuência



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SUPERINTENDÊNCIA DO COMPLEXO REGULADOR
GERÊNCIA DE REGULAÇÃO HOSPITALAR

CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo a pesquisadora **QUITÉRIA TAVARES DE MACÊDO**, Pós-graduanda em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM/FIOCRUZ), sob a orientação da Ms. Zelma Pessoa, a realizar a pesquisa “**CONTRIBUIÇÃO DO MÉDICO EVOLUCIONISTA NA REGULAÇÃO DE PACIENTES NA EMERGÊNCIA VASCULAR DO HOSPITAL GETÚLIO VARGAS/SES/PE, 2009**”.

Serão realizadas Análises dos dados do sistema REGMED.

Recife, 12 de abril de 2010.

Emilton Alves
Gerência de Regulação
Hospitalar - SESIPE

Emilton Alves
Gerente da Regulação Hospitalar
Secretaria Estadual de Saúde - PE

ANEXO C – Carta de Anuência

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS

CARTA DE ANUÊNCIA



Autorizamos a pesquisadora **QUITÉRIA TAVARES DE MACÊDO**, Pós-graduanda em Gestão em Serviços e Sistemas de Saúde do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM/FIOCRUZ), sob a orientação da Ms. Zelma Pessôa, a realizar a pesquisa **“CONTRIBUIÇÃO DO MÉDICO EVOLUCIONISTA NA REGULAÇÃO DE PACIENTES NA EMERGÊNCIA VASCULAR DO HOSPITAL GETÚLIO VARGAS/SES/PE, 2009”**.

Serão realizadas Análises dos dados do sistema SAPE.

Recife, 14 de abril de 2010.

Dr. Roberto Cruz

Diretor do Hospital Getúlio Vargas

Av. Gal. San Martin s/n – Cordeiro
Recife – PE – CEP. 50.630-060
Fone: 0XX.81.3184.5600 – Fax: 0XX.81.3184-5828

ANEXO D – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do CPqAM/FIOCRUZ



Título do Projeto: “Contribuição do médico evolucionista na regulação de pacientes na emergência vascular do hospital Getúlio Vargas/SES/PE, 2009”.

Pesquisador responsável: Quitéria Tavares de Macêdo

Instituição onde será realizado o projeto: CPqAM/Fiocruz

Data de apresentação ao CEP: 19/04/2010

Registro no CEP/CPqAM/FIOCRUZ: 19/10

Registro no CAAE: 0018.0.095.000-10

PARECER Nº 18/2010

O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução CNS 196/96, e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP e este parecer tem validade até 05 de maio de 2013. Em caso de necessidade de renovação do Parecer, encaminhar relatório e atualização do projeto.

Recife, 05 de maio de 2010.


 Giselle Campozano Gouveia
 Farmacêutica
 Coordenadora
 Mat. SIAPE 0483376
 CPqAM/FIOCRUZ

Observação:

Anexos:

- Orientações ao pesquisador para projetos aprovados;
- Modelo de relatório anual com 1º prazo de entrega para 05/05/2011.

Campus da UFPE - Av. Moraes Rego, s/n
 CEP 50.670-420 Fone: (81) 2101.2639
 Fax: (81) 3453.1911 | 2101.2639
 Recife - PE - Brasil
 comitedeetica@cpqam.fiocruz.br



ANEXO E – Definição de termos e Operacionalização de Variáveis

DEFINIÇÃO DE TERMOS E OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS

Médico plantonista: profissional com formação/especialização médica em cirurgia vascular ou que atue como tal, integrante da equipe de plantão de emergência vascular pública.

Médico evolucionista da emergência: profissional com formação/especialização médica em cirurgia vascular ou que atue como tal, integrante da equipe de emergência vascular pública que atue evoluindo diariamente a emergência.

Policlínica ou unidade de média complexidade: unidade de saúde para prestação de atendimento ambulatorial em várias especialidades, incluindo ou não especialidades básicas, podendo ainda ofertar outras especialidades não médicas, oferecendo ou não serviço de apoio diagnóstico e terapêutico e pronto-atendimento 24 horas.

Unidade de alta complexidade: estabelecimento que tem por finalidade prestar assistência médica de urgência/emergência em regime de plantão 24 horas e internação, por um período mínimo de 24 horas, possuindo leitos, instalações apropriadas e recursos humanos e tecnológicos para assistência especializada.

Idade: variável numérica contínua expressa em anos, determinada pelo número de anos completos do nascimento até o momento do atendimento na unidade de emergência conforme informação do paciente na ocasião agrupada por faixa etária: 0-10 anos, 11-20 anos, 21-30 anos, 31-40 anos, 41-50 anos, 51-60 anos, 61-70 anos, 71 – 80 anos, 81 – 90 anos, 91 – 100 anos.

Sexo: variável categórica nominal dicotômica (masculino / feminino).

Regional de Saúde: base territorial de planejamento da atenção a saúde a ser definida pela secretaria estadual de saúde, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada estado, considerando as características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relação entre municípios entre outros.

Desistência do atendimento: consideramos para efeito do presente estudo aqueles usuários que deram entrada na unidade de emergência e desistiram do atendimento antes do mesmo ou logo após a consulta.

Comorbidades: presença de doença(s), além da doença em estudo, que pode(m) alterar o efeito de interesse no estudo.