



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde

ESTUDO DA “ALTA PRECOCE” NO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO

Luciana Isabel Prates da Silva Gijzen

Orientadora: Heloisa Helena Rousselet de Alencar

Porto Alegre
2009

LUCIANA ISABEL PRATES DA SILVA GIJSEN

**ESTUDO DA “ALTA PRECOCE” NO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA
CONCEIÇÃO**

Projeto de Pesquisa apresentado ao Curso de Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde - Lato Sensu - do Grupo Hospitalar Conceição em parceria com o Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para obtenção do título de Especialista.

Orientador: Prof^ª Heloísa Helena Rousselet de Alencar.

Porto Alegre

2009

RESUMO

Este trabalho tem o objetivo de analisar uma prática desenvolvida e ainda pouco conhecida no Hospital Nossa Senhora da Conceição denominada de “alta precoce”. Essa prática trata da otimização do período de internação dos pacientes por meio da dispensação de medicamentos para conclusão do tratamento no domicílio. O estudo focalizará as principais características desse processo, tais como, categoria profissional envolvida, atividades desenvolvidas, setores envolvidos, perfil dos pacientes, critérios de inclusão de pacientes e a existência ou não de acompanhamento pós-alta. Pretende-se através desse estudo obter subsídio suficiente para a descrição do emprego e uso desse processo no cotidiano do Hospital Nossa Senhora da Conceição. Para o desenvolvimento do projeto será utilizada a metodologia de abordagem quantitativa que permitirá a descrição das principais características da “alta precoce”. Para a contextualização do tema foram utilizadas referências sobre política de humanização, programa de internação domiciliar, linha de cuidado e avaliação de tecnologias nos serviços de saúde, além de portarias e manuais do Ministério da Saúde que dispõem sobre a Pesquisa e a Tecnologia em Saúde, sobre os princípios e diretrizes do SUS, entre outros.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	4
2 JUSTIFICATIVA	6
3 OBJETIVO	8
3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	8
4 O SUS E A “ALTA PRECOCE”	9
4.1 A PESQUISA, AS NOVAS TECNOLOGIAS E A AVALIAÇÃO EM SAÚDE.....	12
5 METODOLOGIA	15
5.1 TIPO DE ESTUDO	15
5.2 CAMPO DE PESQUISA.....	16
5.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	16
5.4 COLETA DE DADOS.....	17
5.5 ANÁLISE DE DADOS.....	17
5.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	18
6 CRONOGRAMA	19
7 ORÇAMENTO	20
REFERÊNCIAS	21
OBRAS CONSULTADAS	23
APÊNDICE A	24
APÊNDICE B	26
APÊNDICE C	28

1 INTRODUÇÃO

Esse projeto de pesquisa, que é o Trabalho de Conclusão de Curso da Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde - Lato Sensu, tem o objetivo de conhecer e analisar os processos empregados na “alta precoce”.

Por ser enfermeira e atuar na Farmácia Central exercendo as atividades de auxiliar de farmácia, percebo uma lacuna entre a prática dessas atividades exercidas diariamente e a compreensão das finalidades para as quais é empregada. Dessa forma, penso que obter informações consistentes sobre a “alta precoce” pode proporcionar um melhor planejamento das ações e qualificação do atendimento prestado ao usuário do SUS.

O Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) é um dos quatro hospitais que pertencem ao Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Por ser um hospital de grande porte e para viabilizar a sua organização, o HNSC está dividido em diferentes serviços. Um deles é o serviço de farmácia que se subdivide em Farmácia Central, Farmácia Semi Industrial, Central de Misturas Intravenosas, Farmácia de Medicamentos Especiais e Farmácia do Bloco Cirúrgico. A Farmácia Central é responsável por distribuir os medicamentos padronizados para todos os pacientes hospitalizados e sua demanda corresponde em média a 700 prescrições/dia. A dispensação dos medicamentos é diária e é calculada para cada 24h do tratamento. A Farmácia Central conta com uma equipe de trinta e dois auxiliares de farmácia, dois auxiliares administrativos, dois estagiários de nível médio e seis farmacêuticas.

Além da dispensação de medicamentos para os pacientes hospitalizados, também é realizada a dispensação para pacientes “não baixados” e para a “alta precoce”. O termo “pacientes não baixados” é utilizado para caracterizar pacientes não hospitalizados, mas que recebem atendimento no serviço de emergência. Essa forma de dispensação destina-se a pacientes que procuram atendimento no serviço de emergência do HNSC. No entanto, o quadro clínico desses dispensa internação. Nesse caso, o paciente recebe os medicamentos para realizar o tratamento em casa. São dispensados somente os medicamentos que fazem parte de uma relação específica para essa finalidade.

Já a “alta precoce” é assim denominada para identificar uma situação em particular: pacientes hospitalizados, com quadro clínico estável e, portanto, em condições de alta, que recebem os medicamentos para concluir o tratamento no domicílio. A “alta precoce” pode ser realizada de duas formas. Uma delas é a liberação dos medicamentos através da solicitação do médico e mediante a autorização de um dos coordenadores da gerência de internação. O outro

é a liberação de medicamentos que compõem uma listagem pré-estabelecida: a lista de medicamentos para “alta precoce”. Nesse caso, para a dispensação dos medicamentos é exigida somente a solicitação do médico assistente.

Essas diferentes formas de dispensação de medicamentos são realizadas em nossa instituição há mais de um ano e, no entanto, ainda não se tem informações suficientes para descrever o seu processo. A Farmácia Central não dispõe de informações acerca da continuidade da assistência à saúde do paciente após a dispensação dos medicamentos. Algumas questões sugerem a necessidade da análise desse processo, como, quais setores do HNSC estão envolvidos para a aplicação desse processo? Quais atores participam da sua execução? Qual a sua abrangência? Qual a assistência pós-alta dispensada? A provisão dos medicamentos para “alta-precoce” é planejada em conjunto com a Farmácia Central e com os serviços de saúde do município?

Acredito que a partir dos dados obtidos com a pesquisa poderemos compreender a finalidade que o seu uso, na prática, visa atender. A partir da visão geral desse processo poderemos conhecer a sua magnitude e ter subsídio para desenvolver outras pesquisas com o intuito de analisar a sua eficiência e resolubilidade.

2 JUSTIFICATIVA

Com a finalidade de otimizar a disponibilidade de leitos das unidades de internação, a Gerência de Internação do HNSC implantou em 2007 uma nova rotina: a “alta precoce”. A Farmácia Central e os Serviços das Unidades de Internação são diretamente envolvidos para a realização dessa ação. Apesar de ela existir há mais de um ano, ainda não se dispõe de informações suficientes sobre o seu emprego. A solicitação de medicamentos que compõem a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) pode ser um exemplo (PORTO ALEGRE, 2006). A portaria 415/05 SMS define a relação de medicamentos fornecidos pela Secretaria Municipal da Saúde à população e nesse caso, alguns desses medicamentos não são dispensados pela Farmácia Central. No entanto, o Serviço de Farmácia desconhece se existe um contato prévio do hospital com o serviço de referência para assegurar ao paciente a aquisição dos medicamentos, ou mesmo se a alta é suspensa.

Além disso, alguns contatos telefônicos realizados pelos profissionais de saúde para a Farmácia Central sugerem o desconhecimento sobre a finalidade da “alta precoce”. Certas vezes, profissionais procuram o Serviço de Farmácia para prover medicamentos a pacientes com baixo poder aquisitivo e não com o intuito de reduzir o período de sua hospitalização.

Estima-se que a diminuição do tempo de hospitalização de um paciente possa trazer uma redução de gastos importante no orçamento de um hospital, além de disponibilizar leitos para pacientes que aguardam por internação, mas para isso é preciso que seja empregada de forma coerente.

Embora a boa gestão de recursos seja fundamental para a manutenção e organização dos serviços de saúde pública, não podemos ignorar as repercussões que determinadas ações podem ter sobre os pacientes. Em qualquer instituição de saúde - tanto pública como privada - o paciente deverá ser sempre o foco principal das ações, pois é ele quem justifica a sua existência. Dessa forma, analisar as práticas empregadas nas instituições de saúde demonstra responsabilidade e compromisso com um dos princípios do SUS que é a integralidade na atenção à saúde da população.

Com a intenção de explorar o tema sobre a antecipação da alta hospitalar foi realizada uma pesquisa na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e na base Medline. Para a busca foram selecionados os seguintes descritores: alta hospitalar, alta do paciente, pesquisa nacional sobre alta hospitalar e planejamento de alta. A busca foi refinada com o assunto “tempo de internação”, “alta do paciente” e com o idioma português. Dos artigos localizados apenas 6

artigos estavam relacionados parcialmente com o tema. Dessa forma, a escassez de referencial teórico suscitou a importância em realizar pesquisa científica sobre o tema.

Com isso, pretendo analisar o processo da alta precoce do HNSC. Acredito que essa pesquisa, além de esclarecer a forma como esse processo é empregado nessa instituição, poderá proporcionar uma maior integração entre os diferentes serviços, qualificando sua ação.

3 OBJETIVO

Analisar o processo da “alta precoce” no Hospital Nossa Senhora da Conceição.

3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os procedimentos empregados pelos diferentes profissionais da equipe de saúde para a efetivação da “alta precoce”;
- Conhecer os critérios utilizados pelos médicos para a inclusão de pacientes na “alta precoce”;
- Identificar se existe acompanhamento pós-alta dispensado ao paciente pelo serviço de saúde, após a “alta precoce”;
- Construir um fluxograma do processo da “alta precoce”.

4 O SUS E A “ALTA PRECOCE”

O Sistema Único de Saúde (S.U.S.) foi criado pela iniciativa de movimentos sociais e consolidado através de nossa Constituição Federal. Com a disposição da Seção da Saúde e das leis complementares 8.080/90 e 8.142/90 estabeleceu-se o direito ao acesso à saúde igualitário e equânime. Sabemos que, ao longo dos anos e através das Políticas de Saúde Pública, muitos avanços foram realizados na área da saúde, no entanto, ainda são muitas as melhorias necessárias para a sua excelência (BRASIL, 2004). Uma delas é a resolução da carência de leitos para internação hospitalar de média e alta complexidade. Segundo o Plano Diretor de Regionalização da Saúde (PDR), a macrorregião metropolitana do estado do Rio Grande do Sul concentra os serviços de média e alta complexidade em detrimento das outras macrorregiões. Essa desproporção em relação à distribuição de leitos hospitalares de média e alta complexidade é que gera a demanda considerável nos hospitais de Porto Alegre (RIO GRANDE DO SUL, 2002).

A procura pelos serviços de saúde de média e alta complexidade é crescente (BRASIL, 2004). Além disso, de acordo com a Portaria GM/2048 do Ministério da Saúde as realidades vivenciadas pelos serviços de emergência com as constantes superlotações confirmam que a procura pelos serviços de saúde acaba sendo maior que a sua oferta (BRASIL, 2008).

Diante dessa realidade, é preciso que sejam encontradas novas formas de melhor disponibilizar os recursos de saúde. Pensar continuamente nas ações que praticamos é uma forma de possibilitar a avaliação dos processos já incorporados. Esse exercício de busca pode permitir que através da criatividade sejam encontrados meios para a resolução de problemas enfrentados pelo atual sistema de saúde.

Da mesma forma que a “alta precoce” pode representar uma economia de recursos para o sistema de saúde, a não-adesão do paciente ao tratamento pode tornar-se onerosa para o SUS. Caso o paciente não siga corretamente as orientações ou abandone o tratamento, poderá necessitar de reinternação.

Dentre os medicamentos autorizados para dispensação para “alta precoce”, temos os antibióticos, antihipertensivos, antidiabéticos, entre outros. Tanto o uso inadequado dos antibióticos, que possibilita a resistência antimicrobiana, quanto a interrupção do uso de medicamentos para o tratamento de doenças crônicas, podem determinar o agravamento do quadro clínico do paciente e a sua reinternação o que, além de ser um retrocesso no seu tratamento, acarreta uma elevação de custos para o sistema de saúde.

A eficiência e a eficácia fazem parte das características de um sistema de saúde pública idealizado, para tanto os serviços de saúde devem atender as necessidades dos pacientes com qualidade, utilizando-se de técnicas adequadas a cada realidade e visando o melhor emprego dos recursos públicos (BRASIL, 2005). Dessa forma, a utilização da “alta precoce” envolve interesses da comunidade, tanto no que diz respeito aos custos gerenciados pela instituição, quanto aos fatores relacionados ao bem-estar físico e mental dos pacientes.

A “alta precoce” não se resume a gerenciamento de recursos. Conforme citado anteriormente, os usuários do SUS enfrentam algumas dificuldades de acesso aos serviços de saúde de maior complexidade. Devido à estrutura disponível, ainda com deficiências, uma internação hospitalar pode ocorrer de forma muito demorada. A hospitalização de um paciente em uma emergência não significa a disponibilidade de leitos em unidades de internação. Mesmo dentro do hospital, a necessidade de serviços especializados pode requerer um período de espera. Além disso, a possibilidade de o tratamento fracassar, devido à “alta precoce” e esse mesmo paciente ter que retornar aos serviços de saúde, aumentando a demanda desnecessariamente, pode ser um agravante. Nessa situação poderia estar sendo gerada uma duplicidade de gastos e uma provável insatisfação do usuário, já que o mesmo passou anteriormente pelos diferentes níveis de atenção em saúde e deveria ter tido suas necessidades sanadas.

As dificuldades vivenciadas pelos usuários do SUS na busca por atendimento hospitalar são consideráveis. Portanto, devemos atuar de forma preventiva evitando a possibilidade de reinternação de pacientes.

A Integralidade é uma das principais características do SUS e orienta que a atenção ao paciente seja realizada de forma ampla, voltada ao mesmo tempo para o indivíduo e para a comunidade, para a prevenção e para o tratamento, respeitando a dignidade humana (BRASIL, 2005). Uma vez que o paciente entre em contato com o serviço de saúde ele deve ser atendido integralmente considerando todas as suas necessidades, inclusive a possibilidade de não ter estrutura física e social adequada para a continuidade do tratamento.

Segundo Mattos (2004), para praticar a Integralidade o profissional de saúde deve estar sempre atento a todas as necessidades do paciente, independente de serem evidentes ou não. A busca pelo atendimento poderá ser o momento no qual o profissional de saúde valha-se de seu conhecimento, experiência e sensibilidade para prestar efetivamente um atendimento integral ao indivíduo. Também, afirma que deve haver uma aliança entre as ações de saúde preventivas e assistenciais para que de fato possa ser exercitada a integralidade nas atividades práticas dos profissionais.

Para atender plenamente o usuário devemos estar consoantes às propostas do SUS e para isso é essencial um processo permanente de avaliação de nossas ações e serviços.

Analisar nossas ações, pensar na representatividade que elas têm nas vidas dos usuários do SUS faz parte do exercício da consciência e responsabilidade sobre nossas ações.

Malta et. al. (2004), apresenta o modelo assistencial como uma forma de organização da produção de serviços em saúde através da utilização de saberes e tecnologias e com o foco na promoção à saúde. O autor afirma que ele deve ser utilizado na assistência à saúde através da elaboração de projetos terapêuticos. Esses projetos devem ter como finalidade direcionar as ações em saúde segundo as necessidades do paciente e não no consumo de tecnologias. Desse modo, apresenta a construção de linhas de cuidado como um meio de efetivação da assistência integral à saúde dos usuários, já que ela permite analisar a trajetória do paciente durante a assistência e a verificar se o processo escolhido está realmente centrado nas necessidades do paciente. A linha de cuidado pode ser vista como uma estrutura de atenção à saúde que permite ao usuário transitar por ela segundo suas necessidades e peculiaridades e que é estabelecida no momento da entrada do usuário no sistema de saúde. Além disso, ela determina a responsabilização do cuidador na continuidade da assistência à saúde do paciente. O uso intenso de “tecnologia leve” e a utilização da subjetividade na relação cuidador/usuário são sugestões de ferramentas de trabalho para a sua utilização (MALTA et. al., 2004).

Reconhecendo a importância dos modelos de atenção e das linhas de cuidado o HNSC implantou ações que, além de favorecerem a gestão adequada dos recursos, proporcionam ao usuário uma atenção mais qualificada, como o Programa Saúde em Casa. Esse Programa de Atenção Domiciliar (PAD) foi desenvolvido em parceria com a Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre para prover a desospitalização dos pacientes. Para isso, emprega uma estrutura adequada e qualificada. Conta com uma equipe multidisciplinar, incluindo médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, além de consultoria de outras áreas. Com o emprego desse programa é possível oferecer ao paciente cuidado humanizado e junto ao convívio familiar (BRASIL, 2009).

Apesar de ter implementado linhas de cuidado nos processos de trabalho na assistência à saúde, o que demonstra a consciência sobre a sua importância, o HNSC não vinculou a “alta precoce” a alguma delas. Esse fato pode suscitar deficiências no seu uso e aplicação prática e sugerir que o paciente não receba acompanhamento após a alta hospitalar.

4.1 A PESQUISA, AS NOVAS TECNOLOGIAS E A AVALIAÇÃO EM SAÚDE

O HNSC, juntamente com o Hospital Cristo Redentor (HCR), Hospital Fêmeina (HF), Hospital da Criança Conceição (HCC) e as doze unidades de saúde do Serviço de Saúde Comunitária compõem o GHC. Com uma área total de 43.030m² e 840 leitos, esse hospital geral destaca-se pela sua capacidade de atendimento à população. Um exemplo é o seu serviço de emergência que pode atender até 800 pessoas diariamente. Somente no ano de 2008 foram realizadas 114.254 consultas, 13.718 internações e 7.170 cirurgias (BRASIL, 2009). Por ser um serviço de saúde de alta complexidade e ter índices expressivos de atendimento à população é natural que exista preocupação quanto à gestão dos recursos. Principalmente quando é observado o aumento das despesas dos sistemas de saúde.

Segundo dados do DATASUS a expectativa de vida no Brasil vem aumentando nos últimos anos. Isso pode ser observado através da diminuição da taxa de mortalidade infantil e do aumento no número de idosos na população adulta. No ano de 1997, no Rio Grande do Sul, havia uma expectativa de 17,30 óbitos de crianças menores de um ano, para cada 1000 nascidas vivas. Já em 2004, essa estimativa reduziu-se para 13,68. Já, a proporção de idosos em relação à população jovem vem aumentando. Em 1997, no Rio Grande do Sul, o número de pessoas idosas para cada 100 indivíduos jovens era de 35,7, a cada ano. No entanto, no ano de 2004, essa média subiu para 45,8 pessoas idosas (BRASIL, 2009).

O aumento da expectativa de vida aliado à carência de recursos assistenciais para área da saúde pode tornar-se um grande problema. De acordo com Viacava et. al. (2004), após o ano de 1980, os gestores dos serviços de saúde em todo o mundo precisaram reorganizar os seus sistemas de saúde devido à redução dos recursos disponíveis e ao aumento das despesas, entre outros fatores. Esse contexto torna compreensível que atualmente centros de saúde procurem alternativas para a resolução de seus problemas de gerenciamento. Nesse caso, a aquisição de novas tecnologias pode ser uma opção.

Desenvolver novas tecnologias tornou-se uma necessidade para a manutenção e sobrevivência dos serviços de saúde. Através da otimização dos recursos é possível que mais áreas sejam atendidas e, portanto, um número maior de usuários sejam beneficiados. No entanto, a avaliação sobre o que é produzido e aplicado é imprescindível.

Segundo Silva (2003), nas últimas décadas observou-se um aumento significativo na produção e incorporação de novas tecnologias. No entanto, elas nem sempre estão disponíveis para qualquer população. Isso pode ocorrer em consequência da deficiência de alguns países

em produzir suas próprias tecnologias ou, ainda, pelas tecnologias serem desenvolvidas para o emprego em sistemas de saúde específicos (BRASIL, 2007).

Desse modo, consciente da necessidade em adquirir novas tecnologias para sanar os problemas enfrentados pelo sistema de saúde, o Brasil decidiu diminuir a distância entre a gestão pública e a pesquisa acadêmica e institucional. Para isso, resolveu agregar a produção científica com os problemas de saúde do SUS através da aprovação da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS), em julho de 2004. Essa política prevê que o desenvolvimento nacional aconteça de forma sustentável, ou seja, que a produção de conhecimento se desenvolva de acordo com as necessidades do país.

Mais tarde, em 2007, para ampliar a capacidade regulatória do Estado sobre a produção e uso de tecnologias foi publicada a Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde (BRASIL, 2007).

O processo de produção e incorporação de inovações tecnológicas está associado à melhoria da qualidade de vida dos usuários e à otimização dos gastos com a assistência em saúde.

A Avaliação das Tecnologias em Saúde tem valor significativo por estar relacionada à Saúde Pública e ter como finalidade a qualidade na atenção à saúde da população. Através da mensuração entre custos e benefícios dos insumos proporciona a otimização de recursos e de tomada de decisão sobre as Tecnologias em Saúde. Já que o SUS preconiza a equidade na atenção à saúde, a inclusão social deve ser valorizada. Ao assegurarmos qualidade nos serviços de saúde estamos possibilitando que qualquer indivíduo, independente de classe social, tenha as mesmas condições de prevenção e recuperação da saúde. Para isso torna-se imprescindível controle efetivo da qualidade dos serviços prestados.

A Avaliação das Tecnologias em Saúde pode ser utilizada nos mais variados Serviços de Saúde considerando os benefícios que apresenta.

A saúde do paciente é a principal razão do nosso Sistema Único de Saúde, por isso não podemos falar em economia de recursos sem falarmos de qualidade de atendimento.

Mesmo que um produto ofereça o menor preço ele não terá necessariamente a melhor qualidade ou resolubilidade. Quando tratamos da saúde dos seres humanos precisamos ampliar nossos olhares e buscarmos as alternativas mais adequadas ao que procuramos sem considerar cegamente os custos dispensados. Ou seja, o capital empregado em uma compra deve ser justificado através da sua eficácia e eficiência.

A busca por novas tecnologias pode estar relacionada a materiais de consumo como, também, a processos de trabalho. Segundo Merhy (1998), para o desenvolvimento das

atividades assistenciais muitos outros instrumentos que não somente máquinas e aparelhos (tecnologia dura) são utilizados. Ele afirma que o conhecimento empregado no desenvolvimento das atividades práticas pode ser considerado um tipo de tecnologia, porém “mais leve”. Justifica que por se tratar de um “saber”, mas que é aplicado ao fazer bem estruturado, organizado e protocolado pode ser denominado de “tecnologia leve-dura”.

Seguindo essa visão, os processos empregados nas ações em saúde podem ser considerados como um tipo de tecnologia leve-dura e a “alta precoce” poderia ser um exemplo. Desse modo, poderíamos estar classificando a “alta precoce” como uma tecnologia leve-dura, mas para isso precisaríamos que, antes, esse processo seja analisado, avaliado e protocolado. Para que isso se torne possível, é preciso que se conheça bem esse processo em toda a sua extensão.

5 METODOLOGIA

A metodologia define a forma como serão trabalhados os dados da pesquisa, dando ênfase aos procedimentos técnicos de coleta e análise de dados. Está diretamente relacionada ao objetivo geral da mesma e conduz a sua elaboração (GIL, 2002).

5.1 TIPO DE ESTUDO

Considerando a importância da metodologia da pesquisa no desenvolvimento do projeto, optamos por um estudo descritivo que proporcionará estreita relação com o objetivo da pesquisa.

Segundo Gil (2002), a pesquisa descritiva tem como prioridade a descrição das características de um fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Para o autor, a utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados consiste na sua característica diferencial. Essa característica vem ao encontro da nossa proposta de trabalho: o estudo de uma prática realizada no HNSC e da qual carecemos de informações acerca de sua dinâmica.

O tipo de método escolhido foi o Levantamento, pois permite o estudo de um grupo significativo de pessoas diretamente relacionadas ao problema que se deseja analisar. Para Gil (2002), esse método apresenta alguns aspectos diferenciais, tais como: conhecimento direto da realidade, economia, rapidez e quantificação de dados.

Optou-se pela abordagem quantitativa para o desenvolvimento do estudo. Pretende-se, através dessa abordagem metodológica, obter substrato suficiente para identificar a dinâmica do processo da “alta precoce” e a forma como está sendo empregada no HNSC. Através das informações coletadas poderemos identificar a categoria profissional dos funcionários envolvidos nesse processo, a natureza das atividades desenvolvidas por eles, as razões que levam os médicos a optarem pela “alta precoce”, o perfil do paciente escolhido para participar dessa ação, o tipo de acompanhamento pós-alta dispensado ao paciente e a resolução tomada quando os medicamentos não são dispensados.

5.2 CAMPO DE PESQUISA

A pesquisa será desenvolvida nas unidades de internação 3°C (medicina interna), 4°E (infecologia) e na Farmácia Central. Como a “alta precoce” é utilizada pelas diferentes unidades de internação do HNSC, totalizando em 28 unidades foi preciso delimitar a amostra para a viabilização do estudo. Dessa forma, essas unidades de internação foram escolhidas através da análise documental das prescrições de “alta precoce” enviadas à Farmácia Central no período de maio a dezembro de 2008. Durante esse período as unidades 3°C e 4°E apresentaram o maior número de solicitação desse serviço à Farmácia Central. Já a Farmácia Central, foi escolhida por estar diretamente relacionada à execução desse processo através da dispensação dos medicamentos para a alta.

A entrevista será desenvolvida nas dependências do Hospital Nossa Senhora da Conceição em turno e local previamente agendados.

5.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

O convite para participar da pesquisa será feito aos auxiliares de farmácia e farmacêuticos da Farmácia Central e a equipe de enfermagem, médicos e auxiliares administrativos do 3°C e do 4°E. Esses profissionais de saúde serão convidados a participar da pesquisa por estarem envolvidos na execução da “alta precoce”. Como o atendimento da “alta precoce” é realizado aleatoriamente por qualquer funcionário do serviço de farmácia não será realizada especificação dos funcionários da Farmácia Central que participarão da pesquisa.

Haverá dois critérios de inclusão para a amostra: o aceite do funcionário para participar da pesquisa e a sua presença no quadro de funcionários em atividade no período da realização da coleta de dados.

5.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados será realizada por meio de entrevista individual, semi-estruturada, com perguntas abertas e fechadas. Inicialmente será realizado um pré teste para a verificação da adequação do instrumento de coleta de dados com dez participantes. Desses dez participantes dois serão auxiliares de farmácia, dois enfermeiros, dois auxiliares/técnicos de enfermagem, dois médicos e dois auxiliares administrativos. Caso seja atestada a adequabilidade do questionário, as dez entrevistas serão incluídas na amostra.

Segundo Minayo (1994), através da entrevista pode-se obter dados objetivos ou subjetivos. Os últimos estariam relacionados aos valores, atitudes e opiniões dos sujeitos entrevistados. A entrevista semi-estruturada, portanto, permite ao entrevistado tanto a abordagem livre do tema proposto quanto à resposta de perguntas dirigidas.

Serão entrevistados todos os funcionários que após a leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido concordarem em participar da pesquisa. Mediante o aceite do profissional será agendado dia e local, de comum acordo, para a realização da entrevista. A entrevista acontecerá, preferencialmente, no horário de trabalho do entrevistado. Para isso, antes do início da fase de coleta de dados será solicitado a autorização das gerências desses serviços para a dispensa de uma hora no dia da realização da entrevista dos sujeitos que participarem da pesquisa. Caso não seja dada a autorização a entrevista será realizada no horário que for mais conveniente para o entrevistado.

Os participantes serão identificados por números para a garantia do anonimato. Apenas a coordenadora da pesquisa terá sob sua responsabilidade a relação dos nomes e respectivos códigos de cada participante. Essa relação será destruída após transcorrido um ano da realização da pesquisa.

5.5 ANÁLISE DE DADOS

Para o tratamento dos dados será utilizada a análise quantitativa de dados. Serão criadas categorias de acordo com o tipo de informação contida nas respostas para permitir a classificação das variáveis. Os dados obtidos serão estratificados segundo a categoria profissional (médico, equipe de enfermagem e outros profissionais) e o local de trabalho (3°C,

4ºE e Farmácia Central). Para a análise dos dados será utilizada a estatística descritiva de tendência central e será utilizado o nível de mensuração ordinal dos dados com distribuição por frequência. A apresentação dos dados quantitativos será realizada por meio de tabelas (POLIT, 1995).

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

Para a sua realização o projeto será submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HNSC e à autorização dessa instituição. Durante a sua execução serão observadas e respeitadas todas as disposições da resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que regula normas e diretrizes para pesquisas realizadas com seres humanos (BRASIL, 1996).

Para os participantes da pesquisa será fornecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C) para coleta da assinatura. Nesse termo consta o objetivo, a justificativa do estudo, a garantia do sigilo das informações, o anonimato do informante, além da garantia da guarda dos dados coletados. No ato da pesquisa será entregue uma via desse documento para cada participante. Fica claro que os participantes terão o direito de se retirar da pesquisa em qualquer momento da sua realização.

Após a conclusão da pesquisa os achados serão divulgados em uma apresentação aberta ao público no HNSC. Todos os integrantes da pesquisa receberão um convite para o evento. A apresentação será organizada em parceria com a Gestão de Ensino e Pesquisa do HNSC para a provisão do espaço físico e de recursos audiovisuais.

6 CRONOGRAMA

Conforme sugere Gil (2002), apresentaremos no Quadro 1 (Gráfico de Gannt) o cronograma que é parte integrante do projeto de pesquisa e peça indispensável para o sucesso da mesma.

ATIVIDADE	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês
Encaminhamento do Projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa	*						
Seleção da amostra		*					
Pré- teste do questionário		*					
Coleta de dados		*	*	*			
Análise do material				*	*	*	
Elaboração do Relatório Final						*	
Apresentação do Relatório Final							*

Quadro 1 – Cronograma de atividades propostas e o período de tempo previsto para a realização do Projeto de Pesquisa.

7 ORÇAMENTO

As despesas para a realização da pesquisa serão custeadas pela autora do projeto.

Material	Quantidade (unidade)	Valor Unitário (R\$)	Total (R\$)
Cartucho para impressora	2	60,00	120,00
Folha para impressão	2000	0,03	60,00
Caneta marca texto	4	1,80	7,20
Caneta esferográfica	3	0,83	2,49
Grafite para lapiseira	48	0,12	5,76
Borracha	2	1,25	2,50
Pasta	4	1,00	4,00
Arquivo morto	6	1,45	8,70
Fotocópia	500	0,10	50,00
Encadernação	4	3,50	14,00
Gravador digital	1	212,00	212,00
Transporte	180	2,30	414,00
Total			900,65

Quadro 2 – Previsão orçamentária.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ciência e Tecnologia em Saúde**. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia, Brasília, Ministério da Saúde, 2007, 52p.

_____. Ministério da Saúde. **DATASUS**: Departamento de Informática do SUS. Brasília, Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2007/matriz.htm#demog>> Acesso em: 03 de fev. 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Grupo Hospitalar Conceição**. Página da Instituição, Ministério da Saúde, 2009. Disponível em:
< <http://www.ghc.com.br/default.asp?idmenu=2>> Acesso em: 03 de fev. 2009.

_____. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, Ministério da Saúde, 2004, 60p.

_____. Ministério da Saúde. **Projeto Multiplica SUS**: Curso Básico Sobre o SUS, (Re) descobrindo o SUS que temos para construir o SUS que queremos. Brasília, Ministério da Saúde, 2005. 74p.

_____. Portaria n.º 2048/GM, de 5 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de urgência e emergência. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 6 de nov. 2002. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2048.htm>> Acesso em: 8 de nov. 2008.

_____. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Dispõem sobre a aprovação das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 10 de out. 1996. Disponível em: < <http://conselho.saude.gov.br/docs/Reso196.doc>>
Acesso em: 14 de dez. 2009.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed., São Paulo: Atlas, 2002.

MALTA, D. C. et. al. **Perspectiva da Regulação na Saúde Suplementar Diante dos Modelos Assistenciais**. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.9, n.2, abr/jun, 2004.

MATTOS, R. A. **A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade)**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p. 1411-1416, set/out, 2004.

MERHY, E. E., organizador. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e de intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Reis AT, Santos AF, Campos CC, Malta DC, Merhy E. E. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: reescrevendo o público. São Paulo (SP): Xamã; 1998. p.103-120.

MINAYO, M. C. (org) et. al. **Pesquisa Social**: Teoria, Método e Criatividade. 13. ed., Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

PORTO ALEGRE. Portaria 415/05 SMS. Dispõe sobre a relação de medicamentos distribuídos à população pela Secretaria Municipal de Saúde. **Secretaria Municipal da Saúde**, Porto Alegre, 2006. Disponível em: <http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/remume_revisada.pdf>

POLIT, D. F. e HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 3. ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

RIO GRANDE DO SUL. Resolução 05/2002, de 5 de setembro de 2002. Aprova o Plano Diretor de Regionalização do Sistema Único de Saúde do Rio Grande do Sul, e o Plano Diretor de Investimentos nele contido. **Secretaria da Saúde**, Governo do Estado do Rio Grande do Sul, RS, 06 de set. 2002.

SILVA, L. K. **Avaliação tecnológica e análise custo-efetividade em saúde**: a incorporação de tecnologias e a produção de diretrizes clínicas para o SUS. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p. 501-520, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.html>> Acesso em: 9 nov. 2008.

VIACAVA, F. et al. **Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro**. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p. 711-724, julho/setembro, 2004. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/scielo.html>> Acesso em: 3 nov. 2008.

OBRAS CONSULTADAS

BARRETO, M. L. Comentário: Tecnologias em saúde e o sempre tênue equilíbrio entre riscos e benefícios. *Revista de Saúde Pública, Bahia*, v.40, n.3, p.397-399, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Por que Pesquisa em Saúde? Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia, Brasília, Ministério da Saúde, 2007, 20p.

_____. Resolução da Diretoria Colegiada nº11 de 26 de janeiro de 2006. Dispõem sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que Prestam Atenção Domiciliar. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 26 de jan. 2006. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2006/rdc/11_06.pdf> Acesso em: 04 de fev. 2009.

CAMPOS, G. W. de S. **Humanização na saúde**: um projeto em defesa da vida? *Interface – Comunicação, Saúde, Educação, Rio de Janeiro*, v. 9, n.17, p. 389-406, mar/ago, 2005.

DECIT. **Avaliação de Tecnologias em Saúde**: institucionalização das ações no Ministério da Saúde. *Revista de Saúde Pública, Brasília, DF, Brasil*, v.40, n.4, p.743-747, 2006.

FERLA, A. A. et. al. **Pesquisando no cotidiano do trabalho na saúde**: aspectos metodológicos e de formatação para elaboração de projetos de informação científica e tecnológica em saúde. Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição, 2008, 62p.

HULLEY, S. B. et. al. **Delineando a Pesquisa Clínica**: Uma abordagem epidemiológica. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003, 374p.

MERHY, E.E. Engravitando palavras: o caso da integralidade. In: PINHEIRO, R. (org). BENEVIDES, R., PASSOS, E. **Humanização na saúde**: um novo modismo? *Interface – Comunicação, Saúde, Educação, São Paulo*, v.9, n.17, p. 389-406, mar/ago, 2005.

MINAYO, M. C. e Sanches, O. **Quantitativo-Qualitativo**: Oposição ou Complementaridade? *Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro*, v.9, n.3, jul/set, 1993.

NOVAES, H. M. D. **Da produção à avaliação de tecnologias dos sistemas de saúde**: desafios do século XXI. *Revista de Saúde Pública, São Paulo, SP*, v.40, n. esp., p.133-140, maio, 2006.

SCHRAMM, F.R. e ESCOSTEGUY, C. C. **Bioética e avaliação tecnológica em saúde**. *Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro*, v.16, n.4, p.951-961, out/dez, 2000.

SILVA, L. K. Avaliação tecnológica em saúde e inclusão social. In: **Seminários temáticos para a 3ª Conferência Nacional de Ciência Tecnologia e Informação**. *Revista Parcerias Estratégicas, Brasília, DF*, n. 20, Junho, 2005, p. 191-211.

TURATO, E. R. **Métodos Qualitativos e Quantitativos na área da Saúde**: Definições, Diferenças e seus Objetos de Pesquisa. *Revista de Saúde Pública, São Paulo*, v.39, n.3, junho, 2005.

10. Esse acompanhamento é agendado antes da alta?
() Sim () Não
11. De que maneira é realizado o agendamento desse acompanhamento?
12. A quantidade de medicamento dispensada pela Farmácia Central é suficiente para cobrir todo o tratamento?
() Sim () Não () Às vezes
13. Caso o estoque da Farmácia Central não seja suficiente para cobrir todo o tratamento qual é o procedimento adotado?

11. De que maneira é realizado o agendamento desse acompanhamento?
12. A quantidade de medicamento dispensada pela Farmácia Central é suficiente para cobrir todo o tratamento?
() Sim () Não () Às vezes
13. Caso o estoque da Farmácia Central não seja suficiente para cobrir todo o tratamento qual é o procedimento adotado?
14. Qual critério você utiliza para selecionar o paciente que participará do processo de “alta precoce”?
15. Quais fatores interferem no processo de determinação da “alta precoce”?

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**PROJETO DE PESQUISA - ESTUDO DA “ALTA PRECOCE” NO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO**

Enf^a Luciana Isabel Prates da Silva Gijzen, Serviço de Farmácia, Farmácia Central, Hospital Nossa Senhora da Conceição, fone (51) 3357-2125.

Esta pesquisa tem o objetivo de analisar uma prática desenvolvida no Hospital Nossa Senhora da Conceição denominada de “alta precoce” que trata da otimização do período de internação dos pacientes. Além de esclarecer a forma como esse processo é empregado nessa instituição, essa pesquisa poderá proporcionar uma maior integração entre os diferentes serviços, qualificando sua ação.

Caso eu concorde em participar desse estudo responderei as perguntas da entrevista e isso levará cerca de 30 minutos. Não há qualquer risco previsível de danos que possa ser causado pela participação na pesquisa.

Minha participação possibilitará o estudo da “alta precoce” e poderá contribuir para o aperfeiçoamento da atenção à saúde dos usuários do SUS.

Se houver necessidade de contato com os participantes da pesquisa isso será realizado por contato telefônico feito diretamente pela pesquisadora.

Qualquer dúvida poderá ser esclarecida no momento da realização da entrevista.

Os sujeitos que participarem da pesquisa poderão a qualquer momento desistir o que não acarretará qualquer penalidade ou prejuízo na sua vida pessoal ou profissional.

Será assegurado o sigilo e confidencialidade de todas as informações obtidas na pesquisa, sendo que ao final de um ano após a realização da pesquisa todos os documentos serão destruídos.

Não haverá nenhum tipo de reembolso de valores, já que a participação na pesquisa não exige gastos.

No momento do aceite o entrevistado receberá uma cópia do termo de consentimento livre e esclarecido.

Qualquer dúvida relacionada aos aspectos éticos dessa pesquisa poderá ser esclarecida junto ao Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição.

Eu, _____ estou ciente do disposto nesse termo de consentimento livre e esclarecido e aceito participar dessa pesquisa.

Porto Alegre, de _____ de _____ .