

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL**

MAICON DANIEL CHASSOT

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE NUM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA DE ALTA
COMPLEXIDADE:
QUALIFICAÇÃO DA TRANSFERÊNCIA DE CUIDADOS PARA LEITOS DE
RETAGUARDA DO SUS**

**PORTO ALEGRE
2023**

MAICON DANIEL CHASSOT

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE NUM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA DE ALTA
COMPLEXIDADE:
QUALIFICAÇÃO DA TRANSFERÊNCIA DE CUIDADOS PARA LEITOS DE
RETAGUARDA DO SUS**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGENSAU-UFRGS) como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em ensino na Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Fernando Calage Alvarenga.

PORTO ALEGRE
2023

FICHA CATALOGRÁFICA

CIP - Catalogação na Publicação

Daniel Chassot, Maicon
EDUCAÇÃO EM SAÚDE NUM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA DE ALTA
COMPLEXIDADE: QUALIFICAÇÃO DA TRANSFERÊNCIA DE
CUIDADOS PARA LEITOS DE RETAGUARDA DO SUS / Maicon
Daniel Chassot. -- 2023.
63 f.
Orientador: Luiz Fernando Calage Alvarenga.

Dissertação (Mestrado Profissional) -- Universidade
Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina,
Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, Porto
Alegre, BR-RS, 2023.

1. Transferência de Cuidado. 2. Educação em Saúde.
3. Serviço Hospitalar de Emergência. 4. Superlotação.
5. Retaguarda Hospitalar. I. Calage Alvarenga, Luiz
Fernando, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

MAICON DANIEL CHASSOT

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE NUM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA DE ALTA
COMPLEXIDADE:
QUALIFICAÇÃO DA TRANSFERÊNCIA DE CUIDADOS PARA LEITOS DE
RETAGUARDA DO SUS**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGENSAU-UFRGS) como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em ensino na Saúde.

Dissertação aprovada em 16 fevereiro de 2023.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Luiz Fernando Calage Alvarenga (Orientador)

Profa. Dra. Fabiana Schneider Pires

Profa. Dra. Maria Luiza Paz Machado

Profa. Dra. Mariangela Kraemer Lenz Ziede

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, a Deus, por me conceder a possibilidade de continuar minha construção acadêmica.

Ao meu orientador, Professor Luiz Fernando Alvarenga, por investir no meu trabalho, me incentivar a realizar o mestrado em educação na saúde e por acreditar que seria possível.

A todos os membros da equipe do time de altas da emergência (TAE): Dra. Silvana, Dra. Aline, Dra. Laurinda e Dr. José Pedro, que sempre apoiaram meu trabalho como integrante da equipe.

Às Chefias da emergência: Profa. Dra. Maria Luiza Paz Machado e em especial à Profa. Dra. Michelle Dornelles Santarém, que me auxiliou na construção da dissertação e nos desafios durante esta realização.

Ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre, que me proporcionou a oportunidade de mostrar que ações educativas para a população são necessárias para um melhor atendimento e gestão dos recursos do SUS.

Aos participantes da pesquisa, que aceitaram fazer parte da construção deste trabalho educativo.

Aos meus pilares de vida: minha mãe Isolde; minha filha Paolla, de apenas 8 anos, que teve toda a paciência necessária para entender minha ausência em alguns momentos da construção deste trabalho; minha companheira Daiana que esteve sempre ao meu lado, entendendo meus momentos de ausência e imersão nesta dissertação.

E por fim, deixo meus sinceros agradecimentos a todos que participaram de alguma forma, os quais tenho privilégio de conviver e compartilhar este trabalho.

RESUMO

Introdução: O Sistema Único de Saúde (SUS) é organizado segundo algumas diretrizes: a descentralização dos serviços, o atendimento integral, a universalidade de acesso, a equidade e a participação da comunidade. O usuário procura um serviço de saúde esperando que sua demanda seja atendida e resolvida. A alta complexidade sempre acolhe o usuário, porém quando sua demanda é de baixa ou média complexidade, pode ser necessário realizar a transferência do seu cuidado, garantindo a ele toda assistência necessária dentro da sua complexidade de cuidado. Levando-se em consideração a ideia que se pretende desenvolver neste trabalho, entende-se que o princípio da equidade atende a proposta. **Objetivo:** Construção de um material educativo impresso e vídeo informativo para qualificar a transferência de cuidados dos usuários de um serviço de emergência de alta complexidade para leitos de retaguarda de baixa e média complexidade do SUS. **Metodologia:** Esta pesquisa possui duas etapas: a primeira delas é a construção do material educativo e a segunda é a avaliação e validação do material construído. O estudo é realizado com 35 participantes como projeto piloto a ser desenvolvido na emergência de um hospital público universitário do sul do Brasil. São utilizados dois tipos de instrumento de coleta de dados: o primeiro, um questionário semiestruturado específico para avaliar o grau de conhecimento do paciente e/ou seu cuidador após o desenvolvimento da atividade educativa (vídeo e folder), o segundo, um instrumento com variáveis sociodemográficas e referentes ao perfil clínico destes participantes, através de pesquisa em prontuário eletrônico. **Resultados:** Na primeira etapa, foi realizada a avaliação do material educativo através de questionário semiestruturado com 7 (sete) perguntas e teve como resultado uma mediana de resposta 2 (1-2) pontos, demonstrando em sua maioria concordância com os aspectos educativos e informativos dos materiais desenvolvidos. Na segunda etapa do estudo, os participantes incluídos foram: 57,1% homens, 91,4% brancos, 54,3% possuíam até 9 anos de estudo, 57,1% não possuíam companheiro(a) e 65,7% eram procedentes da capital do Estado. A mediana de idade foi de 64 anos. Em relação ao perfil clínico, 25,7% foram internados por doenças do aparelho geniturinário, seguido de doenças do aparelho circulatório 20% e respiratório 14,3%. Com relação ao destino, 54,3% foram transferidos para a rede de retaguarda hospitalar, sendo que destes 20% encaminhados ao programa melhor em casa.

Palavras-chave: Transferência de Cuidado. Educação em Saúde. Serviço Hospitalar de Emergência. Superlotação. Retaguarda Hospitalar.

ABSTRACT

Introduction: The Brazilian Unified Health System (SUS) is structured according to certain guidelines: decentralization of services, comprehensive care, universal access, equity, and community participation. The person seeks a health service hoping that their demand will be received and resolved. High complexity care always welcomes the user, but when their case is of low or medium complexity, it may be necessary to transfer them, guaranteeing them the necessary assistance in their respective complexity of care. Considering the idea to be developed in this research, it is concluded that the principle of equity contemplates the proposal. **Objective:** Construction of printed educational material and informative video to qualify the transfer of users from a high complexity emergency service to low and medium complexity patient rooms. **Methodology:** This research has two stages: the first one is the construction of the educational material and the second one is the evaluation and validation of the elaborated material. The study has 35 participants as a pilot project to be developed in the emergency room of a public university hospital in southern Brazil. This research uses two types of data collection instrument: a specific semi-structured questionnaire to assess the level of knowledge of the patient and his/her caregiver after the development of the educational activity (video and folder); and an instrument with sociodemographic variables related to the clinical profile of these participants, obtained by researching electronic medical records. **Results:** In the first stage of the research, the educational material was evaluated through a semi-structured questionnaire with 7 (seven) questions and resulted in an average response of 2 (1-2) points, demonstrating, for the most part, compliance with the educational aspects and information about the materials developed in the research. In the next stage of the study, the participants included were: 57.1% men, 91.4% white, 54.3% had up to 9 years of study, 57.1% had no partner and 65.7% were from the state capital. The average age was 64 years (IIQ). Regarding the clinical profile, 25.7% were hospitalized for diseases of the genitourinary system, followed by diseases of the circulatory system (20%) and, finally, respiratory system (14.3%). Regarding the destination, 54.3% were transferred to the hospital back-up sector, with 20% of these being referred to the Melhor em Casa program.

Keywords: Care transfer. Health education. Emergency hospital service. Overcrowding. Hospital back-up.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Folder (frente)	27
Figura 2 – Folder (verso)	27
Figura 3 – Vídeo educativo	28
Figura 4 – Folder (frente)	48
Figura 5 – Folder (verso)	49
Figura 6 – Vídeo educativo	50

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** – Características sociodemográficas dos pacientes admitidos a partir do Serviço de Emergência de um hospital público universitário em Porto Alegre, RS, Brasil, 2022. (N= 35). 29
- Tabela 2** – Motivo de internação hospitalar dos pacientes admitidos a partir do Serviço de Emergência de um hospital público universitário em Porto Alegre, RS, Brasil, 2022. (N= 35). 30
- Tabela 3** – Desfechos dos pacientes admitidos a partir do Serviço de Emergência de um hospital público universitário em Porto Alegre, RS, Brasil, 2022. (N= 35). 31
- Tabela 4** – Avaliação quantitativa do material educativo frente às perguntas realizadas a respeito do folder e vídeo sobre a possibilidade de transferência externa para leitos de retaguarda. (N= 35) 32

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CCom	Coordenadoria de Comunicação
CF	Constituição Federal
CID	Classificação Internacional de Doenças
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
JCI	Joint Commission International
LGPD	Lei Geral de Proteção de Dados
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SE	Serviço de Emergência
STROBE	<i>Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TAE	Time de Altas
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	17
2.1 OBJETIVO GERAL	17
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
3 REFERENCIAL TEÓRICO	18
4 METODOLOGIA	22
4.1 LOGÍSTICA DO ESTUDO	22
4.1.1 Primeira fase	22
4.1.2 Segunda fase	23
4.2 DESENHO DO ESTUDO	23
4.3 CONTEXTO DO ESTUDO	23
4.3.1 Participantes	24
4.3.1.1 Critérios de Elegibilidade	24
4.3.1.2 Método de acompanhamento dos participantes	24
4.4 VARIÁVEIS E DESFECHOS	24
4.4.1 Para atingir o objetivo A:	24
4.4.2 Para atingir os objetivos B e C:	25
4.5 FONTES DE DADOS, MENSURAÇÃO, VIÉS	25
4.6 TAMANHO DO ESTUDO (CÁLCULO AMOSTRAL)	26
4.7 MÉTODOS ESTATÍSTICOS	26
4.8 ASPECTOS ÉTICOS	26

5 RESULTADOS	27
5.1 PRIMEIRA FASE: CONSTRUÇÃO DO PRODUTO TÉCNICO	27
5.2 SEGUNDA FASE	28
6 DISCUSSÃO	33
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44
APÊNDICE A – PRODUTO TÉCNICO	48
APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	51
APÊNDICE C - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	52
APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	54
ANEXO A – DIRETRIZES DA METODOLOGIA STROBE	55
ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP E PLATAFORMA BRASIL	57
ANEXO C - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO EM PROJETO DE PESQUISA (ESTUDO MAIOR)	63

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é composto por um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, podendo ser da administração direta e indireta e das fundações, podendo a iniciativa privada participar em caráter complementar. Parte-se do princípio de que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1990), e que deve ser “garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” segundo art. 196 da Constituição Federal (BRASIL, 1988).

As ações e serviços de saúde que integram o SUS compõem uma rede regionalizada e hierarquizada, que é organizado segundo algumas diretrizes; dentre elas, podemos citar a descentralização dos serviços, o atendimento integral, a universalidade de acesso, a equidade e a participação da comunidade (BRASIL, 1990). Levando-se em consideração a proposta desenvolvida neste trabalho, entende-se que o princípio da equidade atende às reflexões a serem desenvolvidas. Entende-se que o objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior (BRASIL, 2020).

A equidade é o princípio do SUS que leva o Estado a reconhecer que todos têm direito à saúde, respeitando a diversidade entre povos e regiões, contudo, podemos ver que a equidade pode ser vista como uma forma de tratamento diferente oferecida às pessoas que têm necessidades diferentes. O princípio da resolubilidade também exemplifica e reflete as ideias que se discutem neste trabalho. Segundo o Ministério da Saúde, a resolubilidade é definida como: "a exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível da sua competência" (BRASIL, 1990, p. 10).

Nesse sentido, o usuário quando procura um serviço de saúde espera que sua demanda seja atendida e resolvida. Quando procura um ponto de atenção da alta complexidade e sua demanda é de baixa ou média complexidade, pode ser

necessário realizar a transferência do seu cuidado para a rede de retaguarda hospitalar para finalizar seu atendimento.

Na direção de dar conta dos princípios e diretrizes estabelecidos e conquistados, o SUS funciona em rede. A Portaria n. 4.279, publicada em 2010, define Rede de Atenção à Saúde (RAS), como:

Arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado, promovendo a atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica (BRASIL, 2010).

Os pontos de atenção à saúde são entendidos como espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde por meio de uma produção singular. São exemplos de pontos de atenção à saúde: os domicílios, as unidades básicas de saúde, entre outros. Os hospitais podem abrigar distintos pontos de atenção à saúde: o ambulatório de pronto atendimento, a unidade de cirurgia ambulatorial, o centro cirúrgico, a maternidade, a unidade de terapia intensiva, a unidade de hospital-dia, entre outros. Todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos da rede de atenção à saúde e se diferenciam, apenas, pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam.

Dentro da rede de atenção, os serviços de emergência ocupam importante papel. O atendimento de emergência e a assistência através de internação para continuidade de tratamento em leitos clínicos de retaguarda se enquadram na temática de rede de urgência e emergência (RUE), onde se encontram os seguintes pontos de atenção: UPAs, outros serviços com funcionamento 24 horas; SAMU 192; portas hospitalares de atenção às urgências; hospitais-dia e os leitos de retaguarda, tanto de internação, como de cuidados especiais. Leitos de retaguarda são leitos criados para as urgências e emergências na região de saúde em que os hospitais estão inseridos, podendo ser implantados em hospitais estratégicos (BRASIL, 2010).

Os hospitais de alta complexidade fazem atendimentos com porta aberta das suas emergências, identificando sua demanda de urgência, assim como a possibilidade de referenciamento para a rede quando se identifica uma demanda que não seja para a alta complexidade, porém muitas vezes os usuários não aceitam ser encaminhados, pois temem não receber o atendimento que julgam necessitar naquele

momento, por terem tido experiências negativas com outros serviços e desconhecem a rede. A falta de informação clara aos usuários e seus familiares da possibilidade de transferências destes usuários para a rede de atenção à baixa/média complexidade faz com que estes permaneçam na emergência a espera de um leito de enfermaria, superlotando os serviços de emergências, deixando os pacientes em situação de vulnerabilidade, sem conforto, sem privacidade e expostos a um maior risco de infecções.

É comum encontrar informações de “emergência fechada” nas portas dos serviços de emergência, assim como reportagens na mídia. Isso fere o princípio da equidade, onde pacientes que necessitam de um atendimento de emergência, por vezes, não conseguem ser atendidos, enquanto outros ocupam espaços e leitos que poderiam ser atendidos em outros pontos de atenção à saúde, de acordo com a complexidade do seu cuidado.

A desinformação acerca dos serviços da rede de baixa/média complexidade como parte da continuidade do cuidado iniciada em uma emergência de um hospital de alta complexidade, assim como o desconhecimento da estrutura oferecida pelo Sistema Único de Saúde para suprir a falta de leitos se tornam um desafio para os gestores, justificando que sejam tomadas ações para que ocorra essa mudança e o usuário seja acolhido com segurança e seus direitos e princípios sejam atendidos. Diante disso, entende-se de grande relevância ter uma melhor gestão sobre a questão do gerenciamento de leitos para pacientes que ocupam espaços nas emergências de alta complexidade, orientando-os sobre os princípios do SUS e seus direitos, assim como de fazer uso do recurso adequado a sua necessidade, seja através de transferência externa para leitos de retaguarda de baixa ou média complexidade ou alta para programas de atendimento domiciliar.

Assim, o problema norteador das reflexões que sustentam esta proposta é sintetizado na seguinte questão: Como melhorar a transferência do cuidado de pacientes que ocupam espaços nas emergências de alta complexidade para leitos de retaguarda? Para responder a esta questão, o objetivo deste estudo é a construção de um material educativo, impresso e audiovisual, para qualificar a transferência de cuidados dos usuários de um serviço de emergência de alta complexidade para leitos de retaguarda de baixa e média complexidade.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Desenvolver material educativo impresso e audiovisual para qualificar a transferência de cuidados dos usuários de um serviço de emergência de alta complexidade para leitos de retaguarda de baixa e média complexidade.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico dos usuários com indicação de transferência para leitos de retaguarda do SUS;
- b) Avaliar as contribuições da atividade educativa em saúde construída a partir da opinião e do grau de entendimento dos pacientes e/ou cuidadores/responsáveis sobre a possibilidade de transferência externa a hospitais de retaguarda do SUS;
- c) Desenvolver a educação em saúde de usuários com vista a sua autonomia e tomada de decisão quanto a transferência dos seus cuidados.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

A partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, o Brasil passa a ser responsável por assegurar a assistência à saúde para todos os cidadãos. A Lei Orgânica de Saúde, Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1980, garante a saúde como um direito fundamental do ser humano, sendo dever do Estado garantir seu exercício, assim como regular as ações e serviços de saúde. Um dos objetivos do SUS passa a ser a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas, sendo que as ações seguem alguns princípios e diretrizes, como a universalização do acesso para todas as pessoas em todos os níveis de assistência, a integralidade da assistência presumindo atividades preventivas e curativas, tanto individuais como coletivas e em todos os níveis de complexidade, a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, a regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde, a equidade, que tem por objetivo diminuir as desigualdades e garantir a todas as pessoas, em igualdade de condições, o acesso às ações e serviços dos diferentes níveis de complexidade do sistema e a resolubilidade, que é a exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento tenha seu problema resolvido ou referenciá-lo a outro nível de complexidade quando não for capaz de dar a devida assistência (PALA *et al.*, 2018).

O SUS funciona em rede e a área de urgência e emergência é uma das áreas pertencentes a rede de atenção e saúde, tendo em sua composição os leitos de retaguarda, sendo necessário ordenar o atendimento às urgências e emergências que garantam o acolhimento, primeira atenção qualificada e resolutiva para as pequenas e médias urgências, e estabilização e referência adequada dos pacientes graves dentro do Sistema Único de Saúde. Isso com a organização de sistemas regionalizados, com referências previamente pactuadas e efetivadas sob regulação médica, com hierarquia resolutiva e responsabilização sanitária, universalidade de acesso, integralidade na atenção e equidade na alocação de recursos e ações do sistema de acordo com as diretrizes gerais do Sistema Único de Saúde e a Norma Operacional da Assistência à Saúde n. 01/2002 (BRASIL, 2014).

A Portaria n. 2.395 de 2011, que organiza as RUE do SUS, deverá garantir e organizar os leitos de retaguarda. Tem como objetivos garantir a retaguarda de

atendimentos de baixa e média complexidade, assim como organizar a atenção às urgências nos hospitais, de modo que atendam à demanda espontânea e/ou referenciada e funcionem como retaguarda para os outros pontos de atenção às urgências de menor complexidade (BRASIL, 2011).

O programa Melhor em Casa atende a este mesmo propósito e tem por objetivo promover a desospitalização dos pacientes estáveis que possam ter seu cuidado de saúde continuado no domicílio, cujo nível de complexidade do cuidado é maior do que aquele que a atenção primária é capaz de ofertar. Evita a hospitalização de pacientes oriundos da APS ou dos Pronto Atendimentos e evitar reinternações hospitalares (PORTO ALEGRE, [S. d.]).

A transferência do cuidado consiste na transferência da responsabilidade do cuidado do paciente, ou grupo de pacientes para outra pessoa ou grupo de profissionais, de forma temporária ou definitiva. Pode ser dividida em dois tipos: o primeiro pode ocorrer entre diferentes serviços de saúde ou em um mesmo estabelecimento; no segundo, o paciente permanece no mesmo local e o que ocorre é a transferência das informações. Como exemplo podemos citar a passagem de plantão entre os profissionais, visando sempre a continuidade da assistência e a segurança do paciente e das informações (ALVES *et al.*, 2019).

Para Pala *et al.* (2018), a transferência de cuidado envolve os usuários e seus responsáveis nesse processo, compartilhando conhecimento sobre o funcionamento do SUS e a perspectiva de luta pela garantia do direito à saúde com qualidade. Alves *et al.* (2019) citam outro ponto importante que se deve levar em consideração quando se fala de transferência de cuidados: é a segurança do paciente e das informações. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define segurança do paciente como a redução do risco de dano desnecessário a um mínimo aceitável, associado ao cuidado de saúde, sendo que em 2006 criou a Joint Commission International (JCI) que estabeleceu algumas metas de segurança, dentre elas cita-se melhorar a comunicação entre os profissionais.

Segundo a Joint Commission International (JCI), 65% dos eventos adversos são causados por falhas na comunicação entre os profissionais. No Brasil, a literatura referente as estratégias para qualificar a comunicação na transição do cuidado ainda é escassa, demonstrando importante lacuna do conhecimento (HEMESATH *et al.*, 2019).

A OMS e a JCI ressaltam os três pilares da transferência de cuidados: comunicação, trabalho em equipe e cuidado centrado na pessoa. A comunicação efetiva durante a transferência de cuidados é essencial para a segurança do cuidado prestado aos pacientes e lacunas na comunicação podem causar quebras na continuidade do cuidado, levando a possibilidade de danos ao paciente (ALVES *et al.*, 2019).

A Constituição Federal de 1988, em seu art. 200 traz que é dever do SUS ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde. Em 13 de fevereiro de 2004, através da Portaria n. 198, foi implementada a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para a saúde. A educação permanente é uma proposta político-pedagógica que favorece aos trabalhadores um processo de ensino-aprendizagem dentro do seu cotidiano laboral comprometido com os coletivos (ALMEIDA *et al.*, 2016).

A educação permanente é uma das políticas de educação voltada aos profissionais já formados. A atual política surgiu em 2007 e tem como propósito favorecer a pactuação, no que tange a gestão de ações educacionais, para os trabalhadores da saúde. É um processo de capacitação que parte da reflexão sobre o que acontece no serviço e sobre o que precisa ser transformado, visando mudar o processo de trabalho e melhorar as ações (CAMPOS *et al.*, 2012).

Cervera, Parreira e Goulart (2011), em seu estudo, relatam que as diretrizes da educação para a saúde foram definidas pelo Ministério da Saúde em 1980, e elas eram mais voltadas para ações e atividades curativas e medicalizadas, buscando sempre a cura da doença. Nos dias de hoje, sabe-se que existe uma nova reorientação no conceito de educação em saúde, que visa a integralidade. A abordagem do profissional deve ser participativa, sem o olhar somente curativo, mas de ações de promoção que tenham atendimento humanizado, visando responder às necessidades individuais e coletivas.

Ceccim e Feuerwerker (2004) citam que as instituições formadoras devem prover os meios adequados à formação de profissionais necessários ao desenvolvimento do SUS, que expressem qualidade e sejam de relevância social, sendo a formação uma tarefa socialmente necessária, que deve guardar para com a sociedade compromissos ético-políticos. Para a área da saúde, a formação não deve apenas gerar profissionais para serem absorvidos pelos postos de trabalho. O

trabalho em saúde é um trabalho de escuta em que a interação entre o profissional e o usuário é determinante na qualidade da resposta assistencial. A área da saúde requer educação permanente (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Feio e Oliveira (2015) também citam que a evolução dos modelos de educação em saúde pode ser dividida em três gerações, onde a primeira geração é tida mais como informativa e o profissional é tido como o detentor do conhecimento, adotando um discurso de prevenção ou de tratamento para as doenças, dando a entender que os comportamentos de riscos adotados pelos usuários eram decorrentes somente da falta de informação. Foram muito úteis pois controlou muitas epidemias através de campanhas de vacinação, mas ignoravam o saber dos usuários sobre o processo de saúde-doença. A segunda geração diz respeito a uma educação centrada no comportamento, onde a saúde passa a ser o produto do comportamento que o indivíduo apresenta em resposta aos estímulos do meio em que vive, de certa forma culpabilizando os indivíduos e escondendo o mau funcionamento dos serviços públicos no que tange a educação em saúde. A terceira geração, com foco integral, tem caráter promocional, preocupada com a interação do indivíduo com o meio. Relaciona morbimortalidade com a situação econômica, promovendo mudanças que visem a igualdade, a equidade e a participação da comunidade, capacitando as pessoas para agirem sobre o meio, modificando e transformando os processos que impliquem na sua saúde.

Por fim, indo ao encontro da questão que norteia este estudo, Ceccim e Feuerwerker (2004), colocam que a educação permanente nos serviços de saúde parte do pressuposto de uma aprendizagem significativa (que produza e promova algum sentido) que transforme a prática profissional. Cyrino e Pereira (2004) reforçam em seu estudo que a aprendizagem baseada em problemas é uma forma mais interativa, pois uma educação problematizadora fundamenta-se no diálogo entre o educando e o educador, o que possibilita a ambos aprenderem juntos, construindo conhecimentos a partir de experiências significativas e práticas. Portanto, educar os usuários e sua família sobre o uso adequado do recurso da saúde é de extrema relevância social, visto que isso garante um atendimento com equidade e resolubilidade dentro dos serviços de saúde.

4 METODOLOGIA

4.1 LOGÍSTICA DO ESTUDO

O estudo contemplou duas fases. A finalidade foi a construção de um material informativo e vídeo educativo, fundamentado com base na literatura científica e rotinas institucionais, para subsidiar e orientar o usuário sobre sua internação hospitalar, as opções de internação ou transferência para hospitais de retaguarda, os pontos de atenção à saúde, os programas municipais de acompanhamento e internação domiciliar. O Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) está inserido dentro da atenção à alta complexidade e com emergência de atendimento e fluxos contínuos funcionando 24 horas por dia. O estudo foi realizado no período de dezembro de 2021 a fevereiro de 2022.

4.1.1 Primeira fase

A construção do vídeo educativo foi realizada levando como base o conhecimento e a prática clínica da equipe multiprofissional que atende na emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Tomou-se como referências de literatura a Portaria n. 2048, de 5 de novembro de 2002, a Política Nacional de Atenção às Urgências que foi instituída por meio da Portaria n. 1.863, em 29 de setembro de 2003, e materiais sobre as rotinas institucionais e municipais.

Após a construção do material e vídeo, houve indicação a adesão destes por parte da Coordenadoria de Comunicação (CCom) e Direção do Hospital de Clínicas de Porto Alegre para serem implementados na rotina dos seus atendimentos e a todos os pacientes que procuram o serviço de emergência; somente após esta aprovação, foram realizadas as demais etapas deste estudo. Estes materiais possuem a finalidade de divulgar e explicar para todos os pacientes internados nesta instituição, o funcionamento da rede e dos pontos de atenção à saúde e da inserção do HCPA como um hospital destinado a usuários de alta complexidade, assim como realizar a orientação nas dependências da sala de espera da emergência enquanto os pacientes e seus familiares aguardam a consulta médica (APÊNDICE A).

4.1.2 Segunda fase

Esta etapa foi descrita conforme as diretrizes do *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE), (MALTA *et al.*, 2010), (ANEXO A).

4.2 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo metodológico que contemplou duas fases. Segundo Polit e Beck (2011), estudos metodológicos se referem as investigações dos métodos de obtenção, organização e análise dos dados, para que ocorra a elaboração, validação e avaliação de instrumentos e técnicas de pesquisa, com objetivo de construir um instrumento que seja confiável, preciso e utilizável.

4.3 CONTEXTO DO ESTUDO

O Estudo foi realizado no Serviço de Emergência (SE) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS. O Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) é uma Empresa Pública de Direito Privado, vinculado academicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Cabe destacar ainda que é o primeiro hospital universitário no país a receber o selo de acreditação internacional pela Joint Commission International (JCI).

O serviço de emergência do HCPA oferece atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) na alta complexidade para as especialidades de Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia e Cirurgia Geral. Sua estrutura divide-se em seis áreas: Acolhimento com avaliação e classificação de risco; Unidade de Decisão Médica; Sala de Internação Breve; Unidade Intermediária, Unidade Vermelha e BOX de estabilização. Conta ainda com serviços de apoio tais como: radiologia, farmácia satélite, almoxarifado, posto de coleta laboratorial, copa e nutrição.

O atendimento é ofertado 24 horas por dia, atendendo pacientes provenientes de outras instituições, regulados via Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), e demanda espontânea. Ainda, serve de apoio ao ambulatório de especialidades da própria instituição quando se tem a necessidade de atender pacientes eletivos que apresentem intercorrência de saúde.

4.3.1 Participantes

4.3.1.1 Critérios de Elegibilidade

Serão incluídos no estudo os pacientes que, após avaliação médica e do enfermeiro do time de altas (TAE), necessitem de internação hospitalar e que esta possa ser realizada na rede de retaguarda de baixa e média complexidade, ou mesmo para internação domiciliar aos cuidados do programa Melhor em Casa. A seleção dos pacientes candidatos a transferência externa para rede de retaguarda clínica é realizada após avaliação minuciosa pela equipe multiprofissional, sendo posteriormente discutida com o médico responsável pelo paciente, atrelando à condição clínica e a concordância em relação a transferência para rede de retaguarda por parte do usuário e de seus familiares, cuidadores e responsáveis. Os usuários que recusarem a transferência externa, mesmo após avaliação e definição da equipe multiprofissional, serão excluídos da amostra.

4.3.1.2 Método de acompanhamento dos participantes

O estudo visa educar todos os participantes da pesquisa. Estes serão acompanhados desde a chegada no SE, até a finalização da transferência externa.

4.4 VARIÁVEIS E DESFECHOS

Para atingir os objetivos específicos do estudo, foram utilizados dois tipos de instrumento de coleta de dados, conforme explicados a seguir.

4.4.1 Para atingir o objetivo A:

Variáveis sociodemográficas dos participantes da pesquisa (sexo, raça, idade, escolaridade, atividade laboral, procedência e estado civil), variáveis clínicas e o CID de internação hospitalar (APÊNDICE B).

4.4.2 Para atingir os objetivos B e C:

Foi utilizado um instrumento semiestruturado específico para avaliar o grau de conhecimento do paciente e/ou seu cuidador após o desenvolvimento da atividade educativa (material impresso e vídeo informativo), e quanto este material o auxiliou no entendimento do motivo e/ou necessidade da transferência externa, bem como na tomada de decisão e segurança desta transferência. Esses dados foram avaliados através de Escala Likert, a qual é comumente utilizada para responder questionários e obter respostas mais fechadas a partir da opinião dos participantes (APÊNDICE C).

4.5 FONTES DE DADOS, MENSURAÇÃO, VIÉS

A seleção dos participantes deu-se por meio da discussão entre a equipe multiprofissional, em *huddle*¹, realizado diariamente no SE. A coleta dos dados foi realizada a beira do leito do paciente ou na sala de espera do serviço de emergência, através de entrevistas com aplicação dos instrumentos acima descritos. Os dados referentes às variáveis sociodemográficas e clínicas foram complementadas com a verificação do prontuário eletrônico dos pacientes. Para complementação ou divergência de dados, foi realizada a verificação junto ao paciente e/ou seu cuidador.

Para evitar ou diminuir a possibilidade de erro aleatório, foi realizado o cálculo de tamanho de amostra para este tipo de estudo, a fim de refletir a precisão do estudo para esta população. Os dados serão conferidos e digitados no programa Microsoft Excel por dois digitadores diferentes (pesquisador responsável e assistente de pesquisa), sendo estes posteriormente comparados para o controle de possíveis erros de digitação.

¹ Hudle: ferramenta proposta pelo Institute for Healthcare Improvement, que visa melhorar a assistência no serviço de saúde, possibilitando o gerenciamento de problemas pontuais no setor de emergência, otimizando fluxos internos, ampliando a qualidade assistencial e segurança do paciente.

4.6 TAMANHO DO ESTUDO (CÁLCULO AMOSTRAL)

O estudo foi realizado com 35 participantes para avaliação parcial (estudo piloto) do material informativo impresso e vídeo educativo, conforme o segundo instrumento de coleta de dados. Segundo BEATON et. Al., 2007 para cada domínio é necessário que haja de 5 a 10 participantes para cada questão.

4.7 MÉTODOS ESTATÍSTICOS

Variáveis contínuas foram descritas a partir das suas médias e desvios-padrão; variáveis categóricas descritas mediante frequências e proporções. As variáveis qualitativas, como sexo, foram comparadas através dos testes de Qui-quadrado e exato de Fisher e as variáveis contínuas com Test-T de Student e Mann-Whitney-U (conforme normalidade da variável). Os testes estatísticos foram definidos após a realização do teste de Kolmogorov-Smirnov para verificação da normalidade dos dados numéricos. A análise estatística será analítica, utilizando porcentagem e intervalo de confiança de 95%. As análises foram realizadas utilizando o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 20.0.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo está vinculado ao projeto maior “Desfechos clínicos e gestão da assistência de enfermagem do paciente adulto crítico: Estudo multicêntrico”, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do HCPA, parecer n. 4.131.571 (ANEXO B). A pesquisa foi realizada respeitando as recomendações propostas pelo Conselho Nacional de Saúde, de acordo com a Resolução n. 466/2012, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, assim como a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).

Será assegurada a manutenção do anonimato e sigilo das informações pessoais acessadas, de acordo com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), além do compromisso de uso dos dados apenas para fins da pesquisa ora apresentada. O acesso ao banco de dados se dará sem identificação dos pacientes. O banco será armazenado por cinco anos, após, este será destruído para preservação dos dados

dos pacientes. Como os dados foram coletados prospectivamente, foi aplicado o TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D).