



Daniel Eiji Ogino

Melhoria na qualidade dos registros de diagnósticos no Serviço de Atendimento de  
Emergência do Hospital Naval de Belém

Rio de Janeiro

2023

Daniel Eiji Ogino

Melhoria na qualidade dos registros de diagnósticos no Serviço de Atendimento de  
Emergência do Hospital Naval de Belém

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Orientador(a): Priscilla Caran Contarato

Rio de Janeiro

2023

*Este trabalho é dedicado aos meus pais Suely Akemi Ogino e Luiz Macoto Ogino pelo exemplo e sempre mostrarem a necessidade de esforço e dedicação em tudo que se faz, mesmo em momento de maior dificuldade.*

## **AGRADECIMENTO**

Agradeço à minha família, aos meus pais, aos meus filhos, enteado, a minha esposa, pelo suporte, pelo apoio nos momentos mais difíceis e pela compreensão pelos momentos em que estive ausente.

Aos meus amigos, pelas palavras de incentivo.

Aos meus colegas de trabalho, em especial, cirurgiões do Hospital de Pronto-Socorro Dr. Humberto Maradei Pereira, pelo suporte e tempo disponibilizado durante os plantões.

À minha tutora Priscilla, pela dedicação profissional e pessoal contribuindo para aquisição de novos conhecimentos, engrandecendo este curso.

À tutora Gisele pelas contribuições no desenvolvimento deste projeto.

À Marinha do Brasil e a Fiocruz pela oportunidade de crescimento profissional.

Ao CMG (Md) Marsico, Diretor do Hospital Naval de Belém, pela dedicação com que dirige o hospital, de modo a garantir a satisfação profissional de seus subordinados, garantindo condições de aproveitarmos nossa capacidade técnica no cuidado à família naval ao mesmo tempo que impõe respeito como militar.

À equipe de cirúrgica do HNBe, pela compreensão e colaboração.

E por último, mas não menos importante, aos colegas de turma de CFO e C-Sup, pelos momentos em que estiveram presentes de forma presencial ou à distância.

## RESUMO

A identificação da prevalência dos motivos de procura pelo Serviço de Emergência de um hospital é um importante parâmetro para se compreender o “estado de Saúde” de um sistema, demonstrando indiretamente sua efetividade. O conhecimento epidemiológico sobre as doenças permite classificá-las e obter uma medida de sua importância. Os serviços de saúde em nível local, mesmo tratando-se de um serviço de emergência ou de estabilização de pacientes tem que manter uma dupla ação: desenvolver a atenção às pessoas e suas necessidades individuais e promover ações voltadas às populações. A falta de políticas em saúde, baixa resolutividade e qualidade dos serviços de Atenção Básica, o acesso 24h por dia, e a falta de conhecimento da população são fatores que contribuem para a busca pelo serviço de emergência como porta de entrada ao sistema de saúde. A baixa qualidade dos registros de diagnósticos no Serviço de Atendimento de Emergência (SAE) do Hospital Naval de Belém (HNBe), evidenciada pela fragilidade dos lançamentos de CID nos Boletins de Atendimento Médicos (BAM) e nos livros e planilhas de controle impacta diretamente na qualidade do serviço prestado aos usuários do SSM. Este projeto de intervenção, com foco na qualidade dos registros em saúde e indiretamente, da assistência, busca identificar as adversidades e fragilidades nos registros dos diagnósticos mais prevalentes, no SAE. As causas críticas identificadas foram: ausência de estratégias de educação continuada médica/em saúde com foco na qualidade dos registros de saúde e a fragilidade no monitoramento do preenchimento dos dados diagnósticos. O objetivo deste trabalho é otimizar a qualidade dos registros diagnósticos no SAE do HNBe, com o desenvolvimento de estratégias, como a elaboração de programa de educação continuada a ser iniciada no próximo ano, identificação das principais dificuldades nos registros de saúde através da realização de pesquisa entre os funcionários do SAE, melhoria do BAM e o estabelecimento do fluxo de coleta e monitoramento das informações. O projeto encontra-se com a maior parte das ações implementadas, em monitoramento do preenchimento dos dados diagnósticos e avaliação da qualidade dos registros.

Palavras-chave: Qualidade dos registros em saúde, avaliação de cuidados em saúde, serviço de emergência, educação continuada.

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: atendimentos no SAE nos Anos de 2021 e 2022 .....	17
Gráfico 2: Há quanto tempo trabalha no SAE .....	23
Gráfico 3: Com qual frequência preenche corretamente o CID-10? .....	24
Gráfico 4: Qual a frequência de uso de CID-10 do grupo “R”? .....	24
Gráfico 5: Ao final do atendimento, atualiza o CID-10? .....	25
Gráfico 6: Local de lançamento .....	26
Gráfico 7: Momento do lançamento .....	26
Gráfico 8: Setor de destino do registro dos CIDs .....	27
Gráfico 9: Frequência de encaminhamento dos registros .....	27
Gráfico 10: Conferência dos lançamentos .....	28

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>8</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>10</b>
2.1 VIGILÂNCIA EM SAÚDE.....	10
2.2 CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	10
2.3 AS REDES DE SAÚDE, OS SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA E O PERFIL DO USUÁRIO.....	11
2.4 EDUCAÇÃO EM SAÚDE DE EMERGÊNCIA.....	14
<b>3 O PROJETO DE INTERVENÇÃO .....</b>	<b>15</b>
3.1 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DA SITUAÇÃO PROBLEMA.....	16
3.2 PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES.....	20
3.3 GESTÃO DO PROJETO.....	22
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>29</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>31</b>
<b>APÊNDICE A. (QUESTIONÁRIO 1) .....</b>	<b>33</b>
<b>APÊNDICE B. (QUESTIONÁRIO 2) .....</b>	<b>36</b>
<b>ANEXO A. (MODELO DE PLANILHA DE ESTATÍSTICA MENSAL DE DIAGNÓSTICOS) .....</b>	<b>39</b>
<b>ANEXO B. (NOVO MODELO DE BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO) .....</b>	<b>40</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A identificação da prevalência dos motivos de procura pelo Serviço de Emergência de um hospital é um importante parâmetro para se compreender o “estado de Saúde” de um sistema, mostrando indiretamente a sua efetividade. Evidencia se os usuários que mais o utiliza, são realmente os que mais precisam dele ou se os motivos mais frequentes de procura, são realmente os que devem ser atendidos nesse tipo de serviço.

A seleção pelo estudo dos registros diagnósticos do serviço de emergência foi devido a relevância deste conhecimento para estabelecer estratégias locais e fornecer subsídios para tomada de decisões quanto à política de saúde direcionada para estes atendimentos e para o sistema de saúde (JACOBS, 2005).

No caso de se encontrar maior prevalência de diagnósticos de problemas não urgentes ou condições Sensíveis à Atenção Primária, percebe-se que há deficiência na Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde. Se há grande procura devido a necessidade de exames de maior complexidade ou para conseguir realizar cirurgias que deveriam ter sido resolvidas eletivamente, demonstra-se que pode haver excesso de indicação ou deficiência de vagas nos serviços terciários.

O conhecimento epidemiológico sobre as doenças permite classificá-las e obter uma medida de sua importância e a possibilidade de prevenção e promoção de saúde (OPAS, 2010).

Os serviços de saúde em nível local, mesmo tratando-se de um serviço de emergência ou de estabilização de pacientes tem que manter uma dupla ação. Desenvolver: atenção às pessoas e suas necessidades individuais e; ações voltadas às populações (OPAS, 2010).

Com isso, se torna necessária a observação, mensuração, comparação e interpretação sistemática e contínua dos diagnósticos e motivos de procura às unidades de saúde, e sua frequência, distribuição e determinantes. Nesse processo, pode-se estabelecer ações estratégicas de promoção e prevenção em saúde; de organização do sistema de saúde; de criação de protocolos aos problemas mais comuns; de otimização de fluxos entre serviços; de verificação de tendências, detecção de mudanças e antecipação de condutas (OPAS, 2010).



A insuficiência de políticas em saúde, baixa resolutividade e qualidade dos serviços de Atenção Básica, o acesso 24h por dia, e a escasso de conhecimento da população são fatores que contribuem para a busca pelo serviço de emergência como porta de entrada ao sistema de saúde ou meramente como local para resolver suas demandas desde as mais simples, às mais complexas, independente de gravidade ou real urgência.

A mensuração inadequada dos diagnósticos mais prevalentes no Serviço de Atendimento de Emergência (SAE) do Hospital Naval de Belém (HNBe), por se tratar de uma das principais portas de entrada do Sistema de Saúde da Marinha (SSM), gera interpretações equivocadas e insuficientes para concepção de políticas e estratégias em saúde no âmbito nacional e regional, além prover distribuição inapropriada de pessoal e recursos materiais e financeiros. Desse modo, poderá ocorrer insatisfação tanto dos usuários do SSM quanto de profissionais da Organização Militar (OM), com potencial de provocar “baixas” destes militares, com conseqüente piora da assistência à saúde.

Portanto, torna-se primordial a adequada coleta de dados referentes aos diagnósticos no serviço de emergência, de forma a analisá-los e estabelecer ações estratégicas para melhoria na assistência em saúde.

No entanto, a baixa qualidade dos registros diagnósticos no SAE do HNBe evidenciada pela fragilidade no preenchimento do CID nos Boletins de Atendimento Médico (BAM) e nos registros de atendimentos, gera dificuldades na identificação dos diagnósticos mais prevalentes e cria adversidades na avaliação epidemiológica e na implementação de estratégias de promoção e prevenção em saúde

Este projeto de intervenção tem como objetivo geral otimizar a qualidade dos registros diagnósticos no SAE do HNBe. E como objetivos específicos: elaborar um de programa de educação continuada e, estabelecer o fluxo de coleta e monitoramento dos dados diagnósticos. Dessa forma, busca a melhoria na vigilância epidemiológica para otimização de ações de melhoria da assistência em saúde.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Vigilância em saúde, descrita pela Portaria nº 1.378, de 9 de julho de 2013, do Ministério da Saúde:

“(…) constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde.” (BRASIL, 2013, p. 48)

De acordo com a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde e regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS):

Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos. (BRASIL, 1990, p. 18055)

E conforme o Guia de vigilância epidemiológica, publicada pela Fundação Nacional de Saúde, em sua 5ª Edição, “a vigilância epidemiológica tem como propósito fornecer orientação técnica permanente para os responsáveis pela decisão e execução de ações de controle de doenças e agravos.” (BRASIL, 2002, p.12).

Essas definições norteiam o funcionamento da vigilância nos sistemas de saúde, tanto públicos, como o SUS e o SSM, este apesar de ser financiado com verba pública, restringe-se a assistência de militares da Marinha do Brasil (MB) e seus dependentes; quanto privados, representados pela Saúde suplementar.

Para o adequado funcionamento de um sistema de saúde é função das vigilâncias em saúde coletar, analisar e interpretar dados e propor recomendações.

### 2.2 CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA

Nas últimas décadas, o aumento do custo com a saúde tem feito os sistemas de saúde dos países serem revistos, priorizando-se, mais notavelmente, nos países desenvolvidos, a coordenação do cuidado através da Atenção Primária em Saúde baseada no modelo

biopsicossocial, em detrimento do modelo biomédico, este, fundamentado no método cartesiano e, que hoje já se provou não sustentável

O modelo biopsicossocial compreende o entendimento da complexidade do ser humano e que os fatores biológicos, psicológicos, sociais e espirituais estão envolvidos tanto na promoção de saúde quanto no surgimento de uma enfermidade de forma integrada e individual. Busca entender não somente a doença, mas também o processo de adoecer. Modelo, que está diretamente, relacionado à Atenção Primária à Saúde (APS) (GUSSO, 2019).

De acordo com CAMINAL-HOMAR (2003), para algumas condições de saúde, como as “ambulatory care sensitive conditions”, desenvolvidas por BILLINGS (1993), a APS de boa qualidade e resolutiva pode evitar ou reduzir hospitalizações. No Brasil foi construída uma lista de condições sensíveis à Atenção Primária, no Projeto ICSAP – Brasil (ALFRADIQUE e cols., 2009), que propôs o uso das “internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP)” como indicador de desempenho da APS e os efeitos das políticas de saúde.

Ainda segundo ALFRADIQUE e cols., internações por doenças imunopreveníveis, doenças infecciosas ou casos agudos poderiam ser evitadas se a atenção primária fosse oportuna e apropriada, assim como redução nas agudizações e agravamentos de doenças crônicas.

### 2.3 AS REDES DE SAÚDE, OS SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA E O PERFIL DO USUÁRIO

MENDES (2010) demonstra que os sistemas fragmentados, muito comum em nosso país ainda hoje, caracterizam-se pela organização hierárquica, sem continuidade da atenção à saúde, com foco as condições agudas, através de pronto-atendimentos, ambulatorios e hospitais, reativos à demanda, com ênfase nas intervenções curativas e na reabilitação, atenção focada no médico e pagamento por produção; e se tornam insustentáveis econômica e sanitariamente.

MENDES (2010, p. 2300) demonstra, também que “as redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde vinculados entre si, por uma missão única, (...), cooperativa, (...) que permitem ofertar atenção contínua e integral à população, coordenada pela APS.”

E ainda, que o enfrentamento da organização do sistema para responder às necessidades geradas pelas condições agudas e pelos eventos agudos das condições crônicas implica na construção de uma linguagem única, disseminada pelo sistema, seguindo consensos e diretrizes

clínicas e em classificações de risco, harmonizando decisões políticas e administrativas e operando para que todos os atores ganhem. (MENDES, 2011)

“Os serviços prestados nas unidades de emergência estão relacionados ao grau de desenvolvimento e organização da sociedade, aspectos demográficos e culturais, estrutura e recursos governamentais. Em muitos países, há preocupação com os serviços emergenciais.” (JACOBS, 2005, p. 348). Existem diversos modelos, em constante mutação, com a evolução da sociedade e a reavaliação contínua se torna imprescindível.

“A atenção às situações de urgência e emergência e suas deficiências apesentam-se para a sociedade como a ponta mais visível do sistema de saúde em todo o mundo. No Brasil, prevalece uma organização fragmentada e inadequada (...).” (GARCIA, REIS, 2014, p. 665). Diversos estudos já foram publicados em nosso país acerca dos motivos de procura aos serviços de emergência por pacientes com queixas não urgentes. BARATIERI e cols. (2021) apontou: maior acessibilidade sócio organizacional (horário de funcionamento, tempo de espera, disponibilidade de médico), dificuldade de acesso e falta de confiança na APS; percepção de sua queixa ser uma emergência; opiniões de “conhecidos”, localização, agilidade de consulta com especialistas e realização de exames, falta de conhecimento sobre o fluxo do sistema, e problemas na estrutura organizacional da rede assistencial.

AMATO e cols. (2022) e ACOSTA e cols. (2015) acrescentaram que há usuários frequentes e com motivos de consulta e queixas inapropriadas para um pronto-atendimento.

SOUZA e cols. (2010), em seu estudo avaliou a percepção do usuário em relação aos atendimentos no Pronto-Socorro (PS), realizado em uma grande cidade do interior de São Paulo, e evidenciou que cerca de 24% dos usuários procurou atendimento no PS de 8 a 12 vezes em 6 meses; e as maiores dificuldades enfrentadas na APS é a deficiência no acesso e na integralidade da assistência. No entanto, este estudo possui uma amostragem pequena, apesar de refletir parte das dificuldades enfrentadas pelos usuários do SUS.

Entre os principais motivos de busca, houve uma grande variação entre os estudos. AMATO e cols. (2022) encontrou como principais causas sintomas respiratórios, trauma/ferimento e dor abdominal, sem especificar diagnósticos. BARATIERI (2021), em seu estudo, também evidenciou doenças respiratórias como principal com 22,4% dos casos, mas em 20,8% foram causas mal definidas (incluídos no grupo “R” do CID 10: sintomas, sinais e

achados anormais de exames clínicos e laboratoriais, não especificados em outra parte), sendo que 73,4% dos casos foram considerados inapropriados para serviço de emergência.

GARCIA, REIS (2014), encontraram cerca de 27% dos boletins de atendimento, sem diagnóstico informado. Já JACOBS (2005), evidenciou em seu estudo que as causas mais frequentes achadas pertenciam aos do grupo “R” do CID-10, com 29,5% dos casos.

Nas últimas décadas, a superlotação dos serviços de emergência vem se intensificando, devido ao crescente número de pacientes procurando atendimento, se transformando em um problema sério, em diversos países desenvolvidos (DURAND e cols., 2012). A lotação nos serviços de emergência se tornou um dilema internacional e objeto de pesquisa e discussão (UNWIN e cols., 2016). DURAND e cols. (2011) realizaram uma extensa revisão da literatura internacional e relataram que entre 4,8 a 90% dos pacientes dos serviços de emergência apresentavam casos potencialmente não urgentes, isto é, sem risco a vida ou a um membro, com uma mediana de 32,1%. Esta variação demonstra baixa confiabilidade e reprodutibilidade dos métodos para categorizar visitas não urgentes ao pronto-socorro.

DURAND e cols. (2012), em seu estudo “Nonurgent patients in emergency departments: rational or irresponsible consumers? Perceptions of professionals e and patients”, realizado na França, evidenciou entre os pacientes que os principais motivos a busca pelo serviço de emergência eram atender a necessidade de cuidados de saúde (como alívio de dor e da ansiedade gerada pelo seu problema), barreiras de acesso a APS (dificuldade em obter consulta médica em tempo oportuno, horário compatível com seu turno de trabalho) e vantagens do serviço de emergência (como disponibilidade de exames diagnósticos e tratamento e conveniência por tudo se localizar no mesmo local) e que em 79% das ocasiões foram por meios próprios, sem referência médica). Entre os profissionais de saúde existe a percepção de que não há uma definição bem evidente entre consulta não urgente e consulta não apropriada, dificuldade no acesso a APS, facilidade no acesso à emergência, busca por medicamentos e a falsa sensação de que a consulta na emergência seria gratuita.

Já um estudo realizado na Austrália, por UNWIN e cols. (2016), em que foram realizadas pesquisas com pacientes não urgentes em serviço de emergência, os principais motivos que os levaram a procurar o serviço foram: percepção pessoal de ser uma emergência, possibilidade de necessitar de exames complementares, indisponibilidade de seu médico generalista assistente, acesso ao serviço de emergência com maior facilidade que a APS, orientação de procurar o

serviço de emergência por um enfermeiro e não saber onde mais procurar ajuda. Entre os motivos de maior procura estavam as queixas musculoesqueléticas, gastrointestinais, lesões de pele e respiratórias, porém não estavam classificados pelo CID-10, no estudo. No entanto, outras causas (febre, cefaleias, outras dores, outros sintomas) ocupou o segundo lugar com 14% das queixas.

A orientação dos usuários no uso dos serviços é um ativo a ser procurado. (BRASIL, 2014).

Ambos os estudos, evidenciaram um crescimento desproporcional da busca pelo serviço de emergência pelos jovens, grupo menos referenciados a este serviço pelos médicos assistentes e que apresentam alta incidência de queixas respiratórias agudas. Entretanto, não conseguiram identificar os reais motivos.

## 2.4 EDUCAÇÃO EM SAÚDE DE EMERGÊNCIA

As urgências não se constituem em especialidade médica ou de enfermagem e nos cursos de graduação a atenção dada à área ainda é bastante insuficiente. No que diz respeito à capacitação, habilitação e educação continuada dos trabalhadores do setor, observa-se ainda a fragmentação e o baixo aproveitamento do processo educativo tradicional e a insuficiência dos conteúdos curriculares dos aparelhos formadores na qualificação de profissionais para as urgências, principalmente, em seu componente pré-hospitalar móvel. Também se constata a grande proliferação de cursos de iniciativa privada de capacitação de recursos humanos para a área, com grande diversidade de programas e conteúdos e cargas horárias, sem a adequada integração à realidade e às diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS. (BRASIL, 2002)

O texto acima foi retirado da Portaria nº 2048, de 5 de novembro de 2002, do Ministério da Saúde, que aprovou o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Nessa época, existia apenas a Residência Médica em Medicina de Emergência em Porto Alegre e a Associação Brasileira de Medicina de Emergência se formou em 2008, ano em que surgiu a segunda residência médica da ainda área de atuação em clínica médica, em Fortaleza. A Medicina de Emergência foi reconhecida como especialidade médica apenas em 2015 e hoje existem mais de 40 centros formadores por todo o país. (BLOEM, 2021)

No entanto, a atenção dada à especialidade nos cursos de graduação ainda é bastante incipiente e a formação na área hoje, ainda é bastante fragmentada e realizada principalmente por cursos de especialização no meio privado, com conteúdo prático insuficiente. Realmente

trabalhar em departamentos/serviços de emergência demanda conhecimento e experiência. Mas por ser um setor de trabalho bastante exaustivo e estressante, com estrutura insuficiente, com poucos recursos, especialmente nos interiores dos estados, poucos médicos mais experientes aceitam trabalhar nos serviços de emergências. Espaço que acaba por ser ocupado pelos recém-formados. Fatores que somados geram resultados desanimadores.

Compreendendo a situação vigente de desprofissionalização e falta de formação, resultando em comprometimento da qualidade da assistência e gestão, a própria norma reconhece a necessidade de estabelecer um currículo mínimo de capacitação e propõe a criação pelos gestores do SUS a implementação de Núcleos de Educação em Urgências, definindo seus princípios norteadores, objetivos operacionais e recomendações de grades e carga horária teórico-práticas mínimas para cada profissional da área, para habilitação.

### **3 O PROJETO DE INTERVENÇÃO**

Este projeto de intervenção, cujo objetivo geral é otimizar a qualidade dos registros diagnósticos no SAE do HNBe, utiliza metodologia baseada nos preceitos do planejamento em saúde, empregando as ferramentas do enfoque estratégico situacional.

O Hospital Naval de Belém é uma Organização Militar de Saúde da Marinha do Brasil (MB) e tem como missão prover assistência médico-hospitalar e odontológica aos usuários do SSM, além de executar medicina operativa e parcela da medicina pericial na área de jurisdição do Comando do 4º Distrito Naval.

O HNBe possui múltiplas atividades: assistencial em saúde abrangendo atenção primária com Serviço de Medicina Integral (SMI), com implementação recente, atenção secundária com os ambulatórios de especialidades, além da odontologia e outras especialidades de saúde, e terciária com a realização de procedimentos cirúrgicos de alta complexidade com cirurgias videolaparoscópicas e endovasculares, exames de tomografia computadorizada e mamografia de alta definição, além do SAE; pericial, com a realização dos exames admissionais, periódicos, demissionais e de junta de saúde para casos de incapacidades temporárias ou definitivas e de concessão de benefícios; operativa, fornecendo recursos materiais, pessoal e capacitação em saúde para as Operações Navais; de auditoria em Saúde e credenciamento de Organizações Cívicas de Saúde (OCS) para complementar a assistência.

O HNBe possui cerca de 30 leitos entre apartamentos, quartos e enfermarias, 6 leitos de Terapia Intensiva. O SAE possui poltronas e leitos de observação, com funcionamento 24h por dia, sem interrupção, com passagem de plantão ombro a ombro. No setor servem 22 técnicos de enfermagem, divididos em turnos matutinos, vespertinos e noturnos. Os enfermeiros de todos os setores do hospital concorrem a escala de serviço do SAE, sendo 1 por turno.

Durante a semana, são três médicos em cada turno diurno, cumprindo rotina. No turno noturno e nos fins de semana são 2 médicos a cada plantão de 12h. Concorrem a escala de plantões, 22 médicos, entre recém-formados do Serviço Militar Obrigatório, clínicos gerais e residentes de especialidades dos hospitais da cidade de Belém, que se mantiveram como militares temporários voluntários da MB. Médicos do Corpo de Saúde da Marinha (CSM) até oficiais intermediários também podem concorrer a escala de plantão e rotina diária em caso de necessidade, como ocorre nos intervalos entre as trocas de turmas de recém-formados e ocorreu durante a pandemia de COVID-19.

### 3.1 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

No período de escolha do tema para a realização do projeto de intervenção, foi idealizada proposta de melhoria nos indicadores da APS. Por se tratar de um hospital de pequeno porte com poucas especialidades de saúde e poucos recursos estruturais e materiais, gerando internações em OCS, a quantidade de ICSAP, no HNBe, se torna pequena. Pensou-se, então, em extrapolar a lista de ICSAP para os atendimentos no SAE (focando principalmente nas agudizações e /ou complicações de doenças crônicas como Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, de alta prevalência, mas menosprezadas na sociedade). No entanto, avaliando a estatística de atendimentos do ano de 2022, percebeu-se um valor elevado de diagnósticos genéricos (como por exemplo B34 – outras doenças por vírus), uso de CIDs do grupo “R” que correspondem a sinais, sintomas e achados anormais de exames diagnósticos, ou diagnóstico não identificado, não sendo possível identificar a patologia em questão.

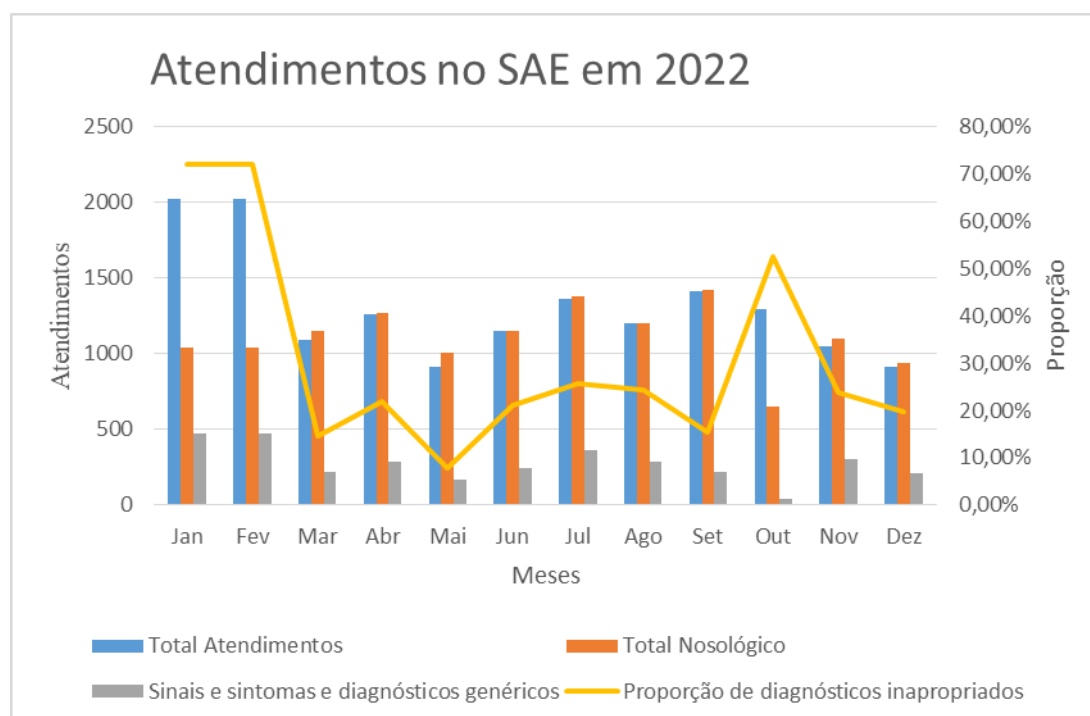
Utilizando a ferramenta PDCA, após a realização do planejamento inicial (fase P), começou-se a pesquisa estatística dos atendimentos no SAE (fase D), quando se percebeu essa situação de inviabilização do projeto neste momento, retornando para o início do planejamento. Evidenciou-se, deste modo, a necessidade de corrigir os processos de lançamento e monitoramento dos registros diagnósticos do SAE,

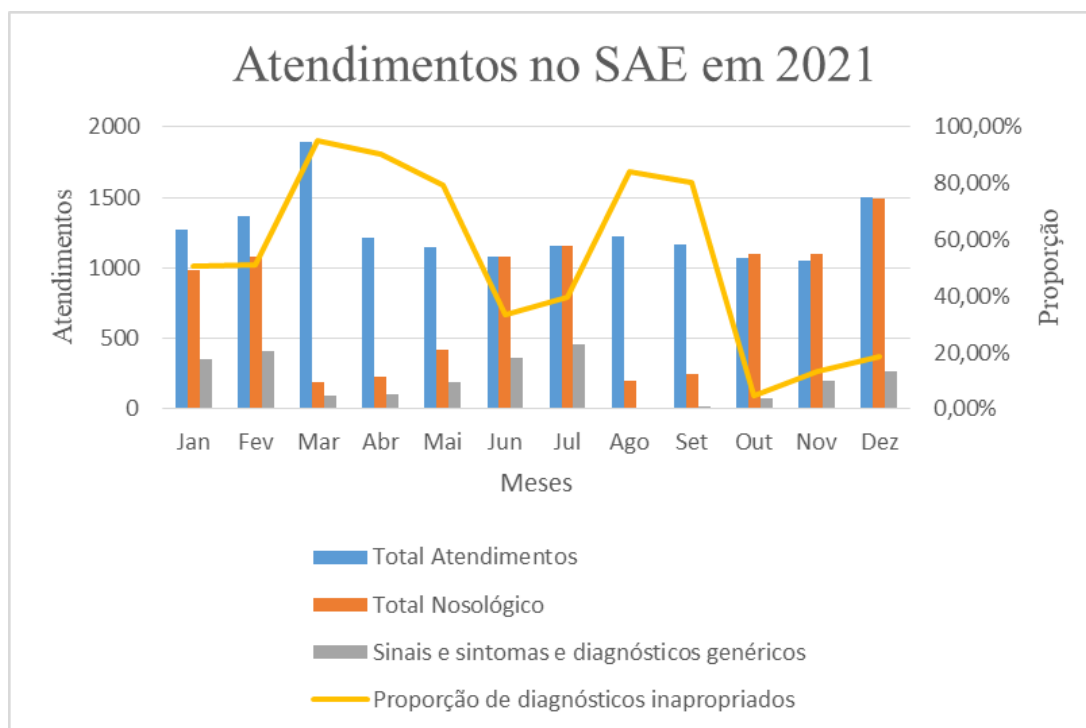


A baixa qualidade dos registros de diagnósticos no Serviço de Atendimento de Emergência do Hospital Naval de Belém, evidenciada pela fragilidade dos registros de CID nos BAM e nos livros e planilhas de controle impacta diretamente na qualidade do serviço prestado aos usuários do SSM.

Foram realizadas pesquisas em planilhas do SAME, com dados estatísticos dos lançamentos de CID, compilados e enviados à Diretoria de Saúde da Marinha (DSM), seguindo modelos determinados pela mesma (ANEXO A). No ano de 2022, 35,8% dos boletins de atendimento médico continham falhas nos lançamentos diagnósticos. Sendo que destes, 14,9% dos atendimentos estavam sem identificação do diagnóstico e 20,9% das fichas de atendimentos continham diagnósticos genéricos ou são utilizados CIDs de sinais e sintomas (do grupo “R”). E no ano de 2021, 55,4% dos BAM continham falhas nos lançamentos diagnósticos, sendo que 38,7% dos atendimentos estavam sem identificação do diagnóstico e 16,7% das fichas de atendimentos continham diagnósticos genéricos ou são utilizados CIDs de sinais e sintomas (do grupo “R”). (GRÁFICO 1)

Gráfico 1: Atendimentos no SAE nos Anos de 2021 e 2022





Importante salientar que no ano de 2021 e no início de 2022, estávamos vivenciando a pandemia de COVID-19, e os períodos de pico de atendimentos correspondeu às ondas de infecções da pandemia. Justamente nesses períodos, houve uma maior tendência a falhas nos lançamentos diagnósticos, provavelmente pelo grande volume de atendimentos de paciente e pela gravidade deles. No entanto, mesmo nesse período, o correto registro diagnóstico segue sendo importante.

Assim como, nos sistemas de saúde no Brasil, o SSM ainda se encontra muito fragmentado, sem uma adequada coordenação e realizando pagamentos por produção para seus credenciados quando não há determinada especialidade ou exame no HNBe. Com isso, sofre de dificuldades semelhantes às encontradas no SUS, sendo uma delas, a procura do paciente pelo serviço de emergência, com superutilização e superlotação deste, por casos inapropriados a ele, podendo gerar uma assistência à saúde de baixa qualidade. A MB, através da DSM criou o SMI, com a função de ser APS. No entanto, é um serviço relativamente novo, ainda em consolidação, sem ainda resultados palpáveis e desconhecido aos usuários.

Com isso, o SAE ainda é uma das principais portas de entrada do SSM na área de Belém, tornando ainda mais significativo conhecermos sua epidemiologia.

Como possíveis causas para a situação problema identificada temos: alta rotatividade de profissionais, principalmente entre os médicos no SAE; demanda de atividades operativas, com embarque em navios dos médicos; lotação de médicos recém-formados oriundos do Serviço Militar Obrigatório; não monitoramento e o preenchimento e visibilidade desses resultados falta de profissionais experientes ou especialistas em Medicina de Emergência; ensino médico que não demonstra a importância do adequado registro de diagnósticos e de que esse registro começa na linha de frente do sistema de saúde; ausência de estratégias de educação continuada médica/em saúde com foco na qualidade dos registros de saúde; fichas de atendimento pouco intuitivas; baixa adesão dos profissionais de saúde no correto preenchimento dos dados em fichas de atendimento ou livros/planilhas de registro devido à pouca visibilidade dos resultados e das ações tomadas; falta de um sistema informatizado; alta demanda de atendimentos nestes serviços; não compreensão dos profissionais no uso de sistema de informação; fragilidade no monitoramento do preenchimento dos dados diagnósticos.

Algumas destas causas não nos permitem, gerencialmente, enfrenta-las, pois demandariam mudanças que necessitam envolvimento de instâncias superiores tanto no âmbito militar quanto no civil.

Seriam necessárias transformações que abrangeriam atuação da Diretoria de Pessoal da Marinha, da Diretoria de Ensino da Marinha, da Diretoria de Saúde da Marinha, do Comando do 4º Distrito Naval e da direção do Hospital Naval de Belém.

Para que haja uma mudança no ensino médico e de outros profissionais de saúde, haveria a necessidade de políticas que envolveriam os ministérios da Educação e da Saúde, conselhos de classe, universidades, profissionais da saúde, inúmeras outras entidades relacionadas com a saúde e, por que não, a sociedade brasileira.

Como causas críticas podemos elencar as seguintes:

- 1- Ausência de estratégias de educação continuada médica/em saúde com foco na qualidade dos registros de saúde;
- 2- Fragilidade no monitoramento do preenchimento dos dados diagnósticos.

Os profissionais de saúde, em especial, os médicos, terminam a faculdade, cursos de formação, sem entender a importância dos registros de saúde e encaram a situação como mais

trabalho e perda de tempo enquanto poderia estar prestando assistência, tornando-se necessário suprir essa deficiência em programas de capacitação e educação continuada.

A fragilidade no monitoramento dos lançamentos de informações de saúde, como os registros diagnósticos tornam os dados incompletos ou não confiáveis

### 3.2 PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES

Para a realização deste projeto, foi elaborada a Matriz de Programação de Ações descrita a seguir.

#### Matriz de Programação das Ações

<b>Situação-problema:</b>	A baixa qualidade dos registros de diagnósticos no Serviço de Atendimento de Emergência (SAE) do Hospital Naval de Belém (HNBe)
<b>Descritor:</b>	35,8% dos boletins de atendimento médico (BAM) do SAE do HNBe contém diagnósticos genéricos, CIDs de sintomas ou o diagnóstico não está identificado.
<b>Indicadores:</b>	Percentual de boletins de atendimento médico do SAE do HNBe com diagnósticos genéricos ou CIDs do grupo “R” ou sem identificação de diagnóstico
<b>Meta:</b>	Reduzir para menos de 10% o percentual de boletins de atendimento médico com diagnósticos genéricos ou CIDs do grupo “R” ou sem identificação de diagnóstico até junho de 2024
<b>Resultado esperado:</b>	Melhorar o preenchimento dos dados diagnósticos dos BAM e de planilhas/livros de registros a fim de identificar a situação epidemiológica e o perfil de atendimentos de urgência e emergência e subsidiar o planejamento para adequação dos serviços.

<b>Causa crítica 1:</b> ausência de estratégias de educação continuada médica/em saúde com foco na qualidade dos registros de saúde				
<b>Ações</b>	<b>Recursos necessários</b>	<b>Produtos a serem alcançados</b>	<b>Prazo de conclusão</b>	<b>Responsável</b>
Realizar reuniões com as chefias do SAE, do Serviço de Arquivamento Médico (SAME) e da Divisão de Enfermagem (DivEnf) para definir as bases do programa de ações	Organizativo e Cognitivo	Reunião realizada	Agosto de 2023	CC (Md) Ogino CC (Md) Nilma CT (S) Maria 1Ten (T) Ferreira
Elaborar e aplicar questionário para identificar	Organizativo e Cognitivo	Questionário elaborado e aplicado	Setembro de 2023	CC (Md) Ogino

dificuldades no registro de diagnósticos				
Identificar entre os profissionais de saúde do Serviço de Atendimento de Emergência, quais as principais dificuldades no registro dos diagnósticos	Organizativo e Cognitivo	Principais dificuldades identificadas	Setembro de 2023	CC (Md) Ogino
Identificar principais CIDs genéricos e de sintomas	Organizativo e Cognitivo	Principais CIDs genéricos e de sintomas identificados	Setembro de 2023	1Ten (T) Ferreira
Elaborar programa de educação continuada para médicos e outros profissionais de saúde	Organizativo e Cognitivo	Programa de Educação continuada elaborado	Outubro de 2023	CC (Md) Ogino CC (Md) Nilma CT (S) Maria
Implementar programa de educação continuada para médicos e outros profissionais de saúde	Organizativo e Cognitivo	Programa de Educação continuada implementado	Outubro a dezembro 2023	CC (Md) Ogino CC (Md) Nilma CT (S) Maria 1Ten Lins

**Causa crítica 2:** Fragilidade no monitoramento do preenchimento dos dados diagnósticos

<b>Ações</b>	<b>Recursos necessários</b>	<b>Produtos a serem alcançados</b>	<b>Prazo de conclusão</b>	<b>Responsável</b> (nome da pessoa e não do setor em que trabalha)
Identificar entre os profissionais de saúde do Serviço de Atendimento de Emergência, quais as principais dificuldades para o lançamento dos diagnósticos em planilhas	Organizativo e cognitivo	Dificuldades identificadas	Setembro de 2023	CC (Md) Ogino SG –EF Costa Rocha
Organizar o fluxo de coleta e registro de informações	Organizativo	Fluxo de coleta e registro de informações organizado	Setembro de 2023	CC (Md) Ogino 1Ten (T) Ferreira
Instituir conferência dos boletins de atendimento, planilhas e livros de registro	Organizativo e cognitivo	Conferência dos documentos instituída	Outubro de 2023	CT (Md) Maria 1Ten (T) Ferreira
Adequar o Boletim de Atendimento	Organizativo	BAM Adequado	Outubro de 2023	CC (Md) Nilma

Médico de modo a facilitar o preenchimento de diagnóstico de CID preliminar e definitivo				
Realizar reunião com as chefias do SAE, do SAME e da DivEnf para análise dos resultados dos questionários, estabelecer o fluxo de dados e organizar o passos seguintes	Organizativo e Cognitivo	Reunião realizada	Outubro de 2023	CC (Md) Ogino CC (Md) Nilma CT (S) Maria 1Ten (T) Ferreira
Monitorar o preenchimento dos dados diagnósticos e avaliar qualidade dos registros	Organizativo e cognitivo	Qualidade dos registros avaliada	Junho de 2024	CT (Md) Maria 1Ten (T) Ferreira
Realizar reunião de análise dos dados diagnósticos e resultados do projeto	Organizativo e Cognitivo	Reunião realizada	Julho de 2024	CC (Md) Ogino CC (Md) Nilma CT (S) Maria 1Ten (T) Ferreira

As ações planejadas utilizarão recursos já existentes no HNBe, tanto estruturais, materiais e tecnológicos, demandando o esforço humano. No entanto, estas providências depois de inseridos na rotina dos setores envolvidos se converterão em parte dos processos e da rotina do HNBe, tornando a coleta e análise de dados mais eficiente.

### 3.3 GESTÃO DO PROJETO

Foi elaborado um plano de ação em conjunto com as chefias do SAE, do Serviço de Arquivamento Médico (SAME) e da Divisão de Enfermagem, com planejamento de melhoria nos registros diagnósticos nos BAM e livros/planilhas; e estruturação do fluxo de informações acerca do diagnóstico e vigilância epidemiológica.

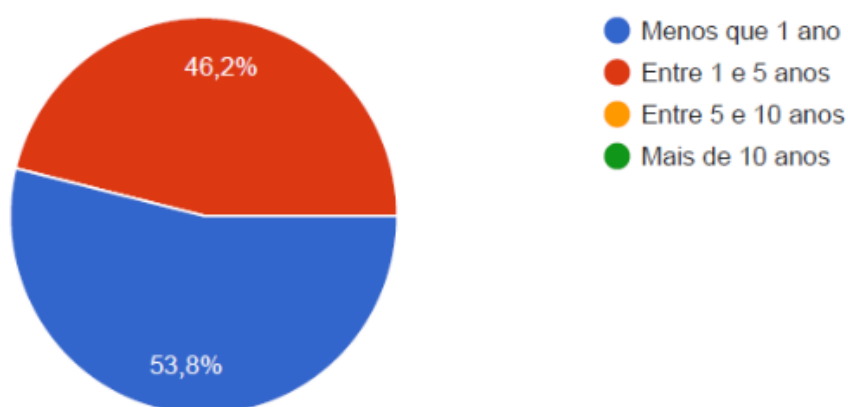
Em uma reunião inicial, em agosto de 2023, foram definidas as bases do programa de ações, sendo decidido por elaborar dois questionários com orientações iniciais, sendo um para os médicos mais voltado ao preenchimento do BAM e ao diagnóstico, e outro para os profissionais de saúde não médicos (enfermeiros e técnicos de enfermagem) que trabalham no SAE, com perguntas sobre lançamentos em livros físicos e planilhas digitais e, sobre o fluxo dos dados gerados (APÊNDICES A e B), além de esboçar um fluxograma de informações.

Um segundo encontro ocorreu em setembro de 2023, em que os questionários foram apresentados e aprovados para aplicação; o fluxo de dados diagnósticos foi delineado e; a estatística de atendimentos no SAE dos anos de 2021 e 2022 foi apresentada. Neste momento, foi optado por exclusão dos enfermeiros da aplicação do questionário, por não terem participação diretamente na coleta e encaminhamento dos dados.

Em outubro de 2023, foi realizada nova reunião, para apresentação dos resultados da análise dos questionários. Ambos os questionários foram aplicados através da plataforma Google Forms®, com respostas anônimas. Resultados vemos abaixo.

Com relação ao questionário 1 (APÊNDICE A), aplicado aos médicos, houve 13 respostas de 22 possíveis (59,1%) de participação do público alvo. Quando perguntado, há quanto tempo trabalha no SAE, 53,8% responderam menos que 1 ano e 46,2% entre 1 e 5 anos (GRÁFICO 2).

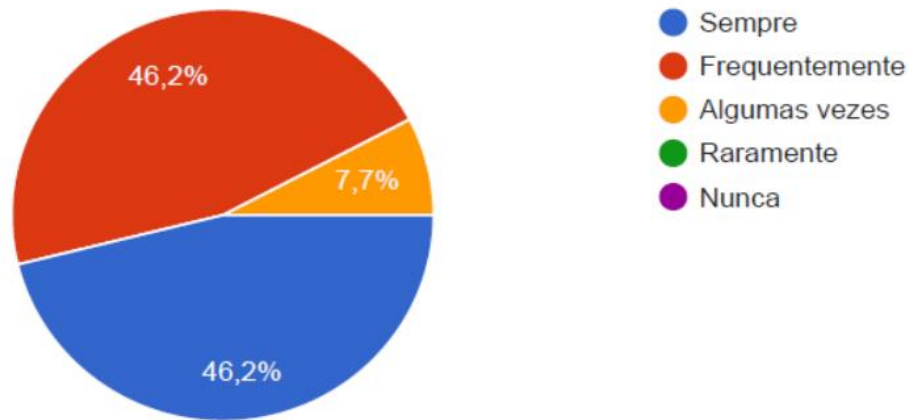
Gráfico 2: Há quanto tempo trabalha no SAE?



Quando perguntado sobre a função no SAE, 100% responderam que são plantonista, mas 2 ou 15,4% responderam que também trabalham na rotina diária. Quando perguntado sobre possuir uma especialidade médica, obtivemos 2 resposta SIM, ou 15,4%, evidenciando que a maioria dos médicos do SAE possuem pouco tempo de formados.

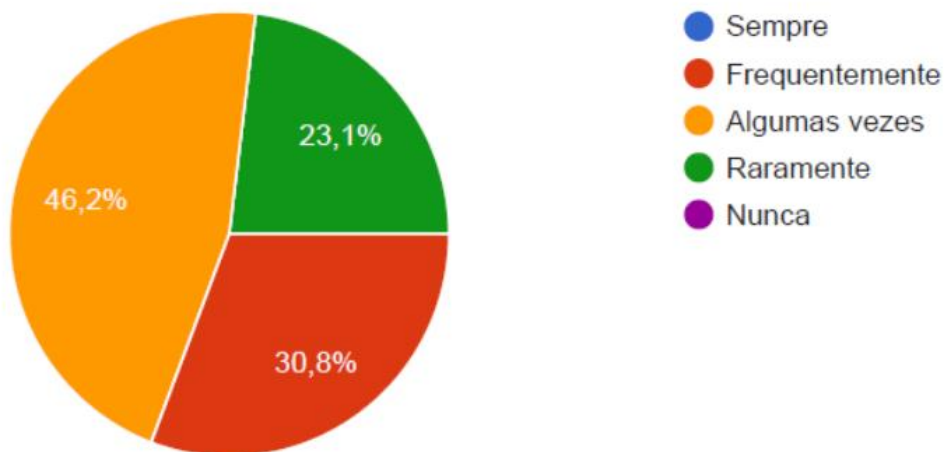
Quando perguntados se preenchem corretamente o CID, todos responderam que SIM, mas somente 46,2% disseram sempre, 46,2% frequentemente e e 0,7% algumas vezes. (GRÁFICO 3).

Gráfico 3: Com qual frequência preenche corretamente o CID-10?



Quando perguntado qual a frequência do uso do CID do grupo “R” ou outro diagnóstico 46,2% disseram algumas vezes, enquanto que 30,8% frequentemente e 23,1% raramente. (GRÁFICO 4).

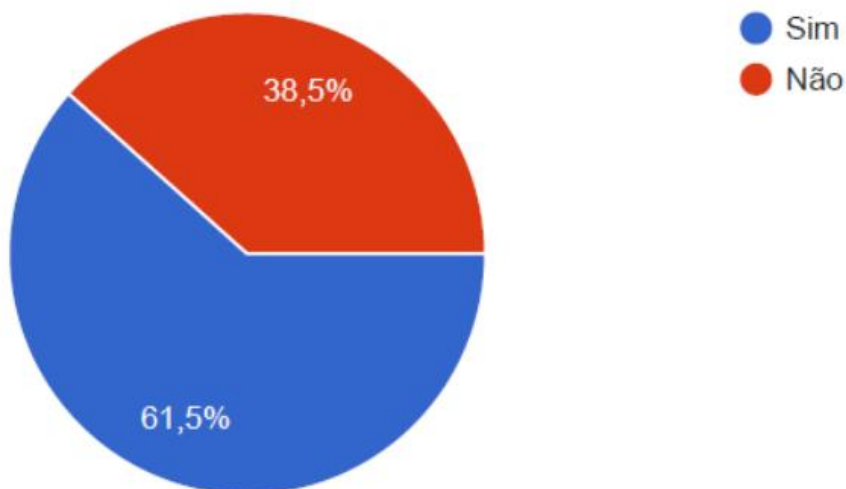
Gráfico 4: Qual a frequência de uso de 10 do grupo “R”?



Quando perguntado, se ao realizar o desfecho clínico, o CID é atualizado, 61,5% responderam que SIM. Entre os que responderam de forma negativa, obtivemos respostas diversas, como “Normalmente o cid se repete”, “ausencia no BAM de espaço adequado”, “fluxo elevado”, e “Não sabia a necessidade e problema nesse caso.”. (GRÁFICO 5).



Gráfico 5: Ao final do atendimento, atualiza o CID-10?



Com relação às dificuldades no preenchimento do CID, a maioria nega dificuldades, outros enfatizam a rotina corrida. No entanto, 3 médicos referem que às vezes o paciente não apresenta sintomatologia típica, somente queixas inespecíficas. Por fim, foi solicitada sugestão do que pode ser feito pra melhorar, tivemos algumas respostas mais citadas, como solicitação de lista de CIDs mais frequentes nos consultórios, informatização, disponibilizar um campo específico para CID final. Mas também tivemos questionamentos, de alta demanda de casos não urgentes pela dificuldade no acesso ao SMI, pela distância e necessidade de aulas de atualização, corroborando o que foi discutido no referencial teórico.

Com relação ao questionário 2 (APÊNDICE B), aplicado aos técnicos de enfermagem (ou praça enfermeiro), houve 22 respostas de 22 possíveis (100%) de participação do público alvo, sendo 27,3% trabalhando em rotina diária e 72,7% em plantões. Todos afirmaram saber o que o CID e para que serve.

Nas perguntas referente ao lançamento do CID em livros/planilhas de registros tivemos algumas discordâncias, demonstrando a necessidade de estabelecer um fluxo e disseminar a informação a todos profissionais. Em uma pergunta de resposta livre 86% responderam que o técnico de enfermagem do plantão é o responsável pelo preenchimento do livro/planilha, no entanto 3 pessoas responderam que o médico é o responsável.

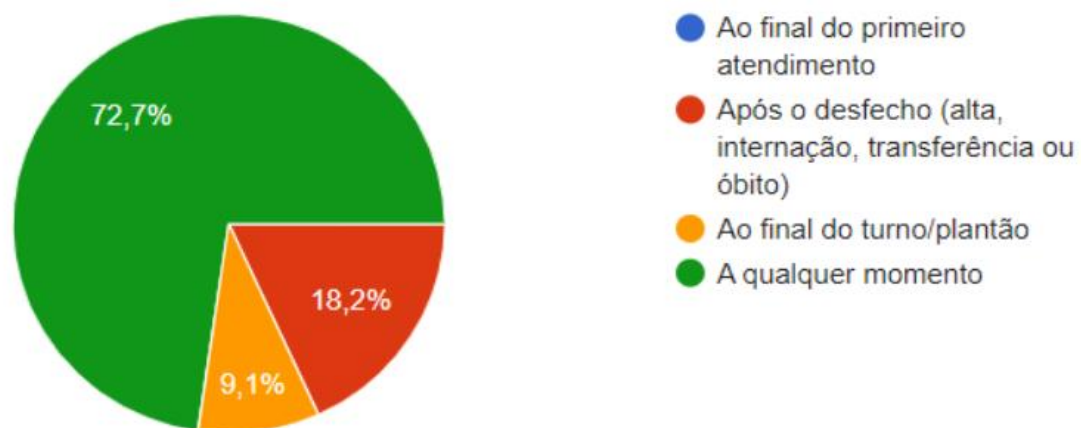
Quanto ao local de lançamento dos dados, 54,5% responderam em planilha em meio digital, 40,9% em ambos os meios e 4,5% somente em livro físico (GRÁFICO 6).

Gráfico 6: Como é feito o lançamento nos livros/planilhas de registro?



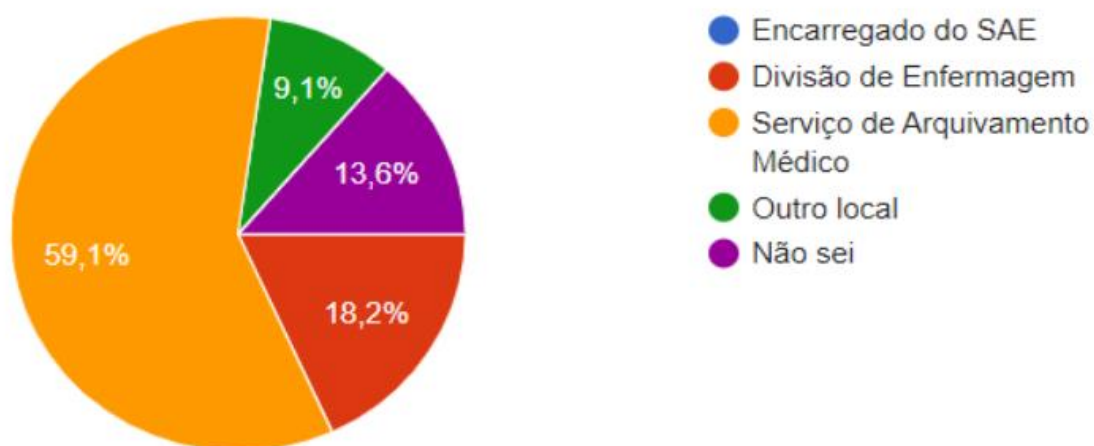
Sobre o momento do lançamento 72,7% responderam que a qualquer momento do plantão é feito esse preenchimento, 18,2% após o desfecho clínico e 9,1% ao final do turno/plantão. (GRÁFICO 7).

Gráfico 7: Quando é feito o lançamento nos livros/planilhas de registro?



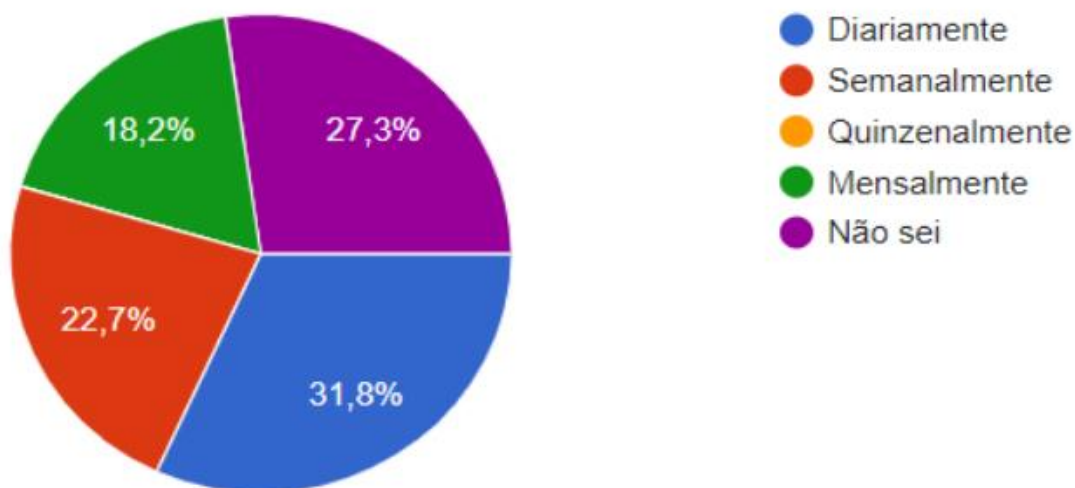
Com relação ao setor de registro dos CIDs: 59,1 % responderam SAME, 18,2% Divisão de Enfermagem, 9,1% outro local, e 13,6% não sabiam para onde era encaminhado. (GRÁFICO 8).

Gráfico 8: Para onde é encaminhado o registro dos CIDs?



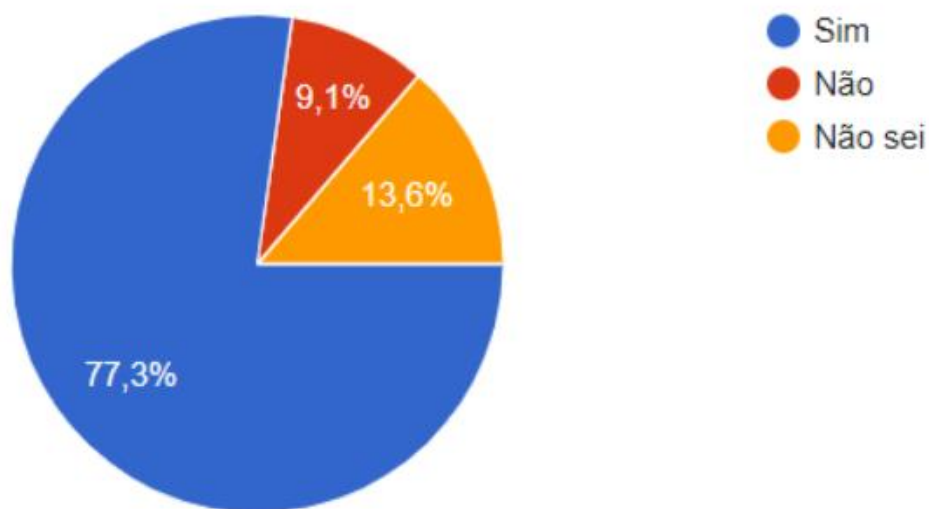
Quanto a frequência de encaminhamento dos registros, 31,8% responderam diariamente, 27,3% não sabiam, 22,7% semanalmente, 18,2% mensalmente. (GRÁFICO 9).

Gráfico 9: Qual frequência de encaminhamento do registro dos CIDs?



77,3% disseram que era feita conferência dos lançamentos, 1,6% não sabiam e 9,% que não era feita. (GRÁFICO 10).

Gráfico 10: É realizada conferência dos lançamentos?



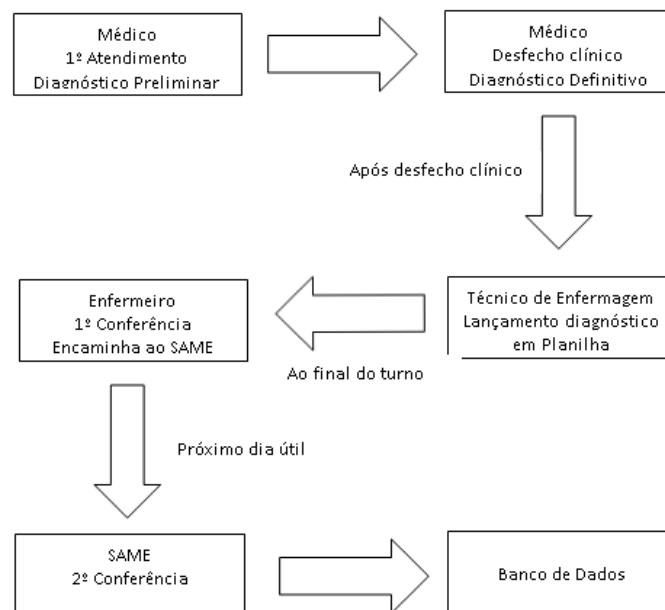
Quando perguntado quem era o responsável por realizar a conferência 80% respondeu serem os próprios técnicos de enfermagem, uma pessoa respondeu que era a encarregada, uma que era o estatístico e uma “pelo mais antigo”. 86,4% disseram entender o motivo da coleta dos diagnósticos e 13,6% responderam não.

Quanto às sugestões de melhoria, houveram diversas respostas, algumas foram mais citadas como implantação de prontuário eletrônico, melhoria na comunicação, cobrar os médicos.

Nesta mesma reunião, o fluxograma dos dados diagnósticos foi estruturado, incluindo a participação dos enfermeiros e aprovado para utilização (Figura 1), e, a ação “Identificar quais principais CIDs genéricos e de sintomas para estabelecer quais as dificuldades na assistência à saúde”, teve que ser adiada neste momento, devido a dificuldades logísticas, como falta de pessoal para localizar, organizar e avaliar os BAMs (são 30802, nos dois anos estudados). Com relação aos BAMs utilizados atualmente, foi decidido acrescentar um campo “CID” ao lado do desfecho clínico/destino (ANEXO B). Em relação a um programa de educação continuada, foi reconhecida a importância para melhoria não só da qualidade dos registros em saúde, mas também da assistência. Entretanto, por já ser o último trimestre do ano, com a proximidade das movimentações de militares e de término do ciclo de serviço militar, além do aumento do volume de atendimentos devido às restrições orçamentárias de recursos públicos; foi optado por elaborar um programa para o próximo ano. Para este ano, foi realizada uma reunião online com

os médicos que trabalham no SAE com orientações sobre a importância da adequação dos registros. A orientação da equipe de enfermagem ficou sob responsabilidade da encarregada da Divisão de Enfermagem, a CT (S) Maria.

Figura 1: Fluxograma de dados diagnósticos do SAE



#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

À primeira vista, a baixa qualidade nos registros diagnósticos no serviço de emergência de um hospital de pequeno porte pode parecer uma situação de menor importância, mas como Mendes (2010) demonstrou, todas as unidades de saúde fazem parte de uma rede de assistência e tem que trabalhar em conjunto. Além disso, já foi constatado que há no mundo uma crescente procura pelos serviços de emergência, mesmo para casos inapropriados para eles e em países com bons sistemas de saúde e com foco em APS. Um aumento na incidência de ICSAP mostra um sistema com falha na APS, mudanças no perfil de atendimento, pode antecipar surtos ou expor problemas em algum ponto da rede.

Neste trabalho, foram apresentadas causas para a situação-problema e dentre elas algumas passíveis de intervenção ao nível de governabilidade do autor. As ações tomadas não geraram custo financeiro extra e foram possíveis utilizando as ferramentas disponibilizadas no estudo do planejamento estratégico em saúde.

Durante a realização deste trabalho surgiram algumas dificuldades. Entre elas está dificuldade no alinhamento estratégico. Os profissionais de saúde demonstram entender bem suas funções técnicas, e a importância do trabalho de cada um e do trabalho e equipe, mas alguma dificuldade de entender esta importância quando envolve algum assunto “administrativo”. Avaliando respostas do questionário aplicado, percebi sugestões como criar lista de CIDs mais frequentes, conversar com determinadas categorias sobre certas necessidades, ter um responsável pela organização. Algumas medidas que podem ser realizadas por eles mesmos, mas por não haver a visão de que todos são responsáveis e podem sugerir ou mesmo agir para corrigir a inconsistência, mantém fazendo o mesmo de sempre. Uma competência importante nesse caso é a capacidade de análise do contexto, a visão estratégica. Devido a estrutura hierarquizada das Forças Armadas, existe o medo do conflito e de assumir a responsabilidade pela sua sugestão e ação, criando uma harmonia artificial, podendo gerar padrões baixos. Com isso, há a preferência por esperar a determinação do “mais antigo”, que nem sempre é que tem maior aptidão à liderança, ou o tempo para dedicação necessária naquele setor. Esta estrutura, gera uma dificuldade no surgimento de lideranças nos setores, entre aqueles que estão mais presentes no local. Para a operacionalização deste trabalho, se tornou necessário desenvolver, ao menos, um pouco, a capacidade de analisar o contexto do funcionamento do SAE e ter uma visão estratégica para conversar com algumas promissoras lideranças no local e com o encarregado para realização de melhorias, estabelecendo metas e prioridades, delegando funções e gerenciando eles, mas com disponibilidade para o diálogo, demonstrando abertura para sugestões e críticas construtivas.

A maior parte das ações programadas foram realizadas, no entanto foi necessário readaptar ao momento, e desenvolver o projeto com resiliência, pois os resultados esperados demandarão tempo para surgirem. Este projeto mostrou que é necessário sistematizar os processos, devido a peculiaridades do funcionamento de hospitais navais distritais, com alta rotatividade de profissionais. Ao mesmo tempo que corroborou ser factível melhorias com pequenas mudanças.

## 5 REFERÊNCIAS

ACOSTA A.M.; Lima M.A.D.S. Usuários frequentes de serviço de emergência: fatores associados e motivos de busca por atendimento. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, nº 2, p. 337-344, 2015.

ALFRADIQUE, M.E., *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP-Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 1337-1349, 2009.

AMATO M.E.B., *et al.* Prevalência e Fatores Associados aos Motivos de Procura pelo Serviço de Emergência em Hospital na Região Metropolitana de Curitiba-PR. **Jornal Brasileiro de Medicina de Emergência**. v. 2, n. 2, p. e22009-e22009, 2022. DOI: 10.54143/jbmede.v2i2.61.

BARATIERI, T., *et al.* Fatores associados ao uso inapropriado do pronto atendimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 2281-2290, 2021.

BILLINGS, *et al.* Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City. **Health Affairs (Project Hope)**, v. 12, n. 1, p.162-173, 1993. DOI: 10.1377/hlthaff.12.1.162. PMID: 8509018.

BLOEM, C. História da Medicina de Emergência. **Revista Brasileira de Medicina de Emergência**, v. 1, n. 1, p. 2-3, 2021.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, Seção 1, p.18055-18059, 20 set 1990. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil/03/leis/18080.htm>. Acesso em 13 de outubro de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília, 2014. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/conjur/biblioteca-eletronica/livros/livro\\_implantao-das-redes-de-atencao-a-saude-e-outras-estrategias-da-sas-2014.pdf/view](https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/conjur/biblioteca-eletronica/livros/livro_implantao-das-redes-de-atencao-a-saude-e-outras-estrategias-da-sas-2014.pdf/view). Acesso em: 15 de out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.378, de 9 de julho de 2013. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, Seção 1, p.48-50, 10 jul. 2013. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378\\_09\\_07\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378_09_07_2013.html). Acesso em: 21 de out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.048, de 5 de novembro de 2002. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, Seção 1, p.37, 12 nov. 2002. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048\\_05\\_11\\_2002.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html). Acesso em: 24 de out. 2023.

DURAND, A. C., *et al.* ED patients: how nonurgent are they? Systematic review of the emergency medicine literature. **American Journal of Emergency Medicine**, v. 29, p. 333–345, 2011.

DURAND, A.C., *et al.* Nonurgent patients in emergency departments: rational or irresponsible consumers? Perceptions of professionals and patients. **BioMed Central Research Notes**, v. 5, n. 1, p. 1-9, 2012.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Guia de vigilância epidemiológica. 5a ed.** Brasília: FUNASA, v. 5, p. 813-823, 2002.

GARCIA, V.M.; REIS, R.K. Adequação da demanda e perfil de morbidade atendida em uma unidade não hospitalar de urgência e emergência. **Ciência Cuidado e Saúde**, v. 13, n. 4, p. 665-73, 2014.

GUSSO G.; LOPES J.M.C.; DIAS, L.C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade 2ª Ed.** Porto Alegre: Artmed, 2019.

HOMAR, J.C.; MATUTANO, C.C. La evaluación de la atención primaria y las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions. Marco conceptual. **Atención primaria**, v. 31, n. 1, p. 61, 2003.

JACOBS, P.C.; MATOS, E.P. Estudo exploratório dos atendimentos em unidade de emergência em Salvador-Bahia. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 51, p. 348-353, 2005.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & saúde coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde.** Brasília-DF. Organização Pan-Americana da Saúde – Representação Brasil. 2011.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Módulo de Princípios de Epidemiologia para o Controle de Enfermidades (MOPECE) – Módulo 4: Vigilância em saúde pública.** Brasília, 2010. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54456>. Acesso em 20 de julho de 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Módulo de Princípios de Epidemiologia para o Controle de Enfermidades (MOPECE) – Módulo 6: Controle de doenças na população.** Brasília, 2010. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54460?show=full>. Acesso em 20 de julho de 2023.

SOUZA, M.F.; PINTO, I.C.; FIGUEIREDO, L.A. Análise da utilização do serviço de pronto-socorro na percepção do usuário. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 9, n. 1, p. 13-20, 2010.

UNWIN, M.; KINSMAN, L.; RIGBY, S. Why are we waiting? Patients' perspectives for accessing emergency department services with non-urgent complaints. **International emergency nursing**, v. 29, p. 3-8, 2016.



## APÊNDICE A. (QUESTIONÁRIO 1)

### Melhoria na qualidade dos registros diagnósticos no SAE do HNBe

Sabemos que o conhecimento epidemiológico sobre as doenças permite classificá-las e obter uma medida de sua importância e a possibilidade de prevenção e promoção de saúde. Sabemos também que a falta de políticas em saúde, baixa resolutividade e qualidade dos serviços de Atenção Básica, o acesso 24h por dia, e a falta de conhecimento da população são fatores que contribuem para a busca pelo serviço de emergência como porta de entrada ao sistema de saúde e que nem sempre os usuários que mais o utiliza, são realmente quem mais precisa.

Analisando dados estatísticos, coletados pelo Serviço de Arquivamento Médico (SAME), foi evidenciado que 32,5% dos boletins de atendimento médico do SAE do HNBe, continham diagnósticos genéricos, CIDs de sintomas (grupo "R") ou o diagnóstico não está identificado, gerando dificuldade na identificação dos diagnósticos mais prevalentes. Sendo imprescindível confirmar o CID ou atualizá-lo (em caso de uso de CIDs do grupo "R" ou genéricos) ao final da consulta. Por exemplo: CID inicial R10 (dor abdominal) e final: K35 (apendicite aguda); inicial B34.9 (infecção viral não especificada) e final J00 (Nasofaringite aguda); inicial T14.9 (traumatismo não especificado) e final S82.2 (fratura de diáfise da tíbia).

Nesta pesquisa, iremos avaliar entre os médicos que trabalham no SAE, o preenchimento das informações sobre o diagnóstico do atendimento. Solicitamos, que o faça de forma mais verdadeira o possível, para que possamos sugerir medidas de otimização. Não é necessária sua identificação, nem iremos coletar dados referentes a ela, já que não faz parte do objetivo deste estudo. O importante é entender as dificuldades, causas e propor medidas de melhoria.

1- Há quanto tempo trabalha no SAE do HNBe?

- a) Há menos que 1 ano
- b) Entre 1 e 5 anos
- c) Entre 5 e 10 anos
- d) Há mais de 10 anos

2- Qual sua função no SAE?

- a) Encarregado

- b) Plantonista
- c) Rotina diária

3- Possui alguma especialidade?

- a) Sim
- b) Não

4- Você preenche corretamente o CID nos BAM?

- a) Sim
- b) Não

5- Caso positivo, com qual frequência?

- a) Sempre
- b) Frequentemente
- c) Algumas vezes
- d) Raramente
- e) Nunca

6- Qual frequência usa algum CID do grupo “R” ou de algum diagnóstico genérico

- a) Sempre
- b) Frequentemente
- c) Algumas vezes
- d) Raramente
- e) Nunca

7- Ao final do atendimento, quando realiza o desfecho do BAM, você atualiza o CID?

- a) Sim
- b) Não

8- Em caso de responder “Não” a pergunta anterior, qual o motivo de não confirmar ou atualizar o CID ao final da consulta?

9- Qual a dificuldade que encontra no preenchimento do CID, no BAM?

10- Em sua opinião, o que pode ser feito para melhorar?

Declaro que autorizo uso das informações deste formulário pelo CC (Md) Daniel Eiji **OGINO**, como parte do Projeto de Pesquisa "Melhoria na qualidade dos registros diagnósticos no SAE do HNBe", tendo tomado ciência pelo pesquisador de que minhas respostas servirão estritamente para fins acadêmicos e que não me trará nenhum tipo de penalidade.

## APÊNDICE B. (QUESTIONÁRIO 2)

### Melhoria na qualidade dos registros diagnósticos no SAE do HNBe - Enfermagem

Sabemos que o conhecimento epidemiológico sobre as doenças permite classificá-las e obter uma medida de sua importância e a possibilidade de prevenção e promoção de saúde. Sabemos também que a falta de políticas em saúde, baixa resolutividade e qualidade dos serviços de Atenção Básica, o acesso 24h por dia, e a falta de conhecimento da população são fatores que contribuem para a busca pelo serviço de emergência como porta de entrada ao sistema de saúde e que nem sempre os usuários que mais o utiliza, são realmente quem mais precisa.

Por esse motivo, torna-se ainda mais importante o correto lançamento dos CIDs tanto nos BAMS, quanto em livros ou planilhas de registro de atendimento, não sendo, portanto, responsabilidade somente dos médicos e sim de toda a equipe.

Nesta pesquisa, iremos avaliar entre os profissionais de saúde que trabalham no SAE, o preenchimento das informações sobre o diagnóstico do atendimento em livros e planilhas de registro. Solicitamos, que o faça de forma mais verídica o possível, para que possamos sugerir medidas de otimização. Não é necessária sua identificação, nem iremos coletar dados referentes a ela, já que não faz parte do objetivo deste estudo. O importante é entender as dificuldades, causas e propor medidas de melhoria.

1- Qual a sua função no SAE?

- a) Plantonista
- b) Rotina Diária

2- Qual o seu cargo?

- a) Enfermeiro
- b) Técnico de Enfermagem

3- Você sabe o que é o Código de Classificação de Doenças (CID) e para o que serve?

- a) Sim
- b) Não

4- Quem é (são) o (s) responsável (is) pelo lançamento dos CIDs em livros/planilha no SAE?

5- Como é feito o lançamento nos livros/planilhas de registro?

- a) Em meio físico
- b) Em meio digital
- c) Em ambos os meios
- d) Ou em meio físico ou em meio digital

6- Quando é feito o lançamento nos livros/planilhas de registro?

- a) Ao final do primeiro atendimento
- b) Após o desfecho (alta, internação, transferência ou óbito)
- c) Ao final do turno/plantão
- d) A qualquer momento

7- Para onde é encaminhado o registro dos CIDs?

- a) Encarregado do SAE
- b) Divisão de Enfermagem
- c) Serviço de Arquivamento Médico
- d) Outro local
- e) Não sei

8- Qual frequência de encaminhamento do registro dos CIDs?

- a) Diariamente
- b) Semanalmente
- c) Quinzenalmente
- d) Mensalmente
- e) Não sei

9- É realizada conferência dos lançamentos?

- a) Sim
- b) Não
- c) Não sei

10- Em caso afirmativo na pergunta anterior, por quem?

11- Você entende a finalidade da coleta dos diagnósticos/CIDs?

- a) Sim

b) Não

12- Em sua opinião o que pode ser feito para melhorar a coleta dos diagnósticos/CID?

Declaro que autorizo uso das informações deste formulário pelo CC (Md) Daniel Eiji **OGINO**, como parte do Projeto de Pesquisa "Melhoria na qualidade dos registros diagnósticos no SAE do HNBe", tendo tomado ciência pelo pesquisador de que minhas respostas servirão estritamente para fins acadêmicos e que não me trará nenhum tipo de penalidade.

## ANEXO A. (MODELO DE PLANILHA DE ESTATÍSTICA MENSAL DE DIAGNÓSTICOS)

OSTENSIVO

DGPM-04

GRUPOS DE DOENÇAS	CID REV.95 (1ª EDICÃO)	AMBULATORIAL	EMERGÊNCIA	INTERNAÇÃO		
16) ALGUMAS AFECÇÕES ORIGINADAS NO PERÍODO PERINATAL	P00-P04	0	0	0		
	P05-P08	0	0	0		
	P10-P15	0	0	0		
	P20-P29	0	0	0		
	P35-P39	0	0	0		
	P50-P61	0	0	0		
	P70-P74	0	0	0		
	P75-P78	0	SUB-TOTAL	0	SUB-TOTAL	SUB-TOTAL
	P80-P83	0	TOTAL	0	TOTAL	0
	P90-P95	0	0	0	0	0
17) MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS, DEFORMIDADES E ANOMALIAS CROMOSSÔMICAS	Q00-Q07	0	0	0		
	Q10-Q18	0	0	0		
	Q20-Q28	0	0	0		
	Q30-Q34	0	0	0		
	Q35-Q37	0	0	0		
	Q38-Q45	0	0	0		
	Q50-Q56	0	0	0		
	Q60-Q64	0	0	0		
	Q65-Q79	0	SUB-TOTAL	0	SUB-TOTAL	SUB-TOTAL
	Q80-Q89	0	TOTAL	0	TOTAL	0
Q90-Q99	0	0	0	0	0	
18) SINTOMAS, SINAIS E ACHADOS ANORMAIS DE EXAMES CLÍNICOS E DE LABORATÓRIO NÃO CLASSIFICADOS EM OUTRA PARTE	R00-R09	0	0	0		
	R10-R19	0	15	0		
	R20-R23	0	1	1		
	R25-R29	0	0	0		
	R30-R39	0	0	0		
	R40-R46	0	5	0		
	R47-R49	299	0	0		
	R50-R59	0	3	1		
	R70-R79	0	3	0		
	R80-R82	0	2	0		
R83-R89	0	SUB-TOTAL	0	SUB-TOTAL	SUB-TOTAL	
R90-R94	0	TOTAL	0	TOTAL	0	
R95-R99	0	299	0	29	2	
19) LESÕES, ENVENENAMENTO E ALGUMAS OUTRAS CONSEQUÊNCIAS DE CAUSAS EXTERNAS	S00-S09	0	0	0		
	S10-S19	0	1	1		
	S20-S29	0	0	0		
	S30-S39	0	0	0		
	S40-S49	0	0	0		
	S50-S59	0	1	1		
	S60-S69	0	0	0		
	S70-S79	0	0	0		
	S80-S89	0	0	0		
	S90-S99	0	0	0		
	T00-T07	0	0	0		
	T08-T14	0	0	0		
	T15-T19	0	0	0		
	T20-T32	0	0	0		
	T33-T35	0	0	0		
	T36-T50	0	0	0		
	T51-T65	0	0	0		
	T66-T78	0	0	0		
T79	0	SUB-TOTAL	0	SUB-TOTAL	SUB-TOTAL	
T80-T88	0	TOTAL	1	TOTAL	1	
T90-T98	0	0	0	3	3	
20) CAUSAS EXTERNAS DE MORBIDADE E DE MORTALIDADE	V81-V99	0	0	0		
	W00-X89	0	0	0		
	X90-X94	0	0	0		
	X95-Y09	0	0	0		
	Y10-Y34	0	0	0		
	Y35-Y36	0	0	0		
	Y40-Y84	0	SUB-TOTAL	0	SUB-TOTAL	SUB-TOTAL
	Y85-Y89	0	TOTAL	0	TOTAL	0
	Y90-Y98	0	0	0	0	0
21) FATORES QUE INFLUENCIAM O ESTADO DE SAÚDE E O CONTATO COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE	Z00-Z13	202	0	0		
	Z20-Z29	0	0	0		
	Z30-Z39	0	0	0		
	Z40-Z54	0	0	0		
	Z55-Z65	190	SUB-TOTAL	0	SUB-TOTAL	SUB-TOTAL
	Z70-Z76	0	TOTAL	0	TOTAL	0
	Z80-Z99	0	482	0	0	0
<b>TOTAL GERAL (NOSOLOGIA)</b>		<b>3.476</b>	<b>1.937</b>	<b>40</b>		
<b>TOTAL GERAL (PRODUTIVIDADE)</b>		<b>3.840</b>	<b>2.918</b>	<b>0</b>		

OSTENSIVO

-A\_11-

REV.3

**ANEXO B. (NOVO MODELO DE BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO)**



**MARINHA DO BRASIL  
HOSPITAL NAVAL DE BELÉM  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL**



<b>BOLETIM DE EMERGÊNCIA Nº</b>		<b>Nº DO PRONTUÁRIO:</b>	
DATA: / /		HORA DE CHEGADA NO SAE:	
NOME:		SEXO: ( ) M ( ) F	NIP:
DATA DE NASC.: / /	IDADE:	ESTADO CIVIL: ( ) SOLT. ( ) CASADO ( ) VIÚVO ( ) UNIÃO ESTÁVEL	
RESIDÊNCIA:		TELEFONE: ( )	
POSTO/GRAD.:		( ) M. DA RESERVA ( ) FUSMA ( ) OUTROS ( ) M. DA ATIVA QM:	
DEPENDENTE DE:		PERTENCENTE AO NAIM: ( ) SIM ( ) NÃO INTERNOU ( ) SIM ( ) NÃO	
( ) DEMANDA ESPONTÂNEA		( ) REFERENCIADO ( ) SAMU ( ) BOMBEIROS ( ) SAME ( ) ESCOLTA	
ACOMPANHANTE: ( ) SIM ( ) NÃO. Especificar:			
ALERGIAS:			
DOENÇA PRÉ-EXISTENTE:			
SINAIS VITAIS	T: _____°C	FR: _____l/rpm	HGT: _____g/dl SpO2: _____
	FC: _____bpm	PA: _____mmHg	Peso: _____Kg
SITUAÇÃO / QUEIXA PRINCIPAL:			
<b>CLASSIFICAÇÃO DE RISCO</b>			
<b>VERMELHO</b>	<b>AMARELO</b>	<b>VERDE</b>	<b>AZUL</b>
<b>EMERGÊNCIA</b>	<b>URGÊNCIA MAIOR</b>	<b>URGÊNCIA RELATIVA</b>	<b>AMBULATORIO</b>
AVALIAÇÃO MÉDICA INICIAL:			
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:		CID:	
<b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>			
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			



