

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
PROGRAMA RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

NICOLE CAETANO ACOSTA

**REPERCUSSÕES DA PANDEMIA POR COVID-19 NAS CAUSAS DE
MORTALIDADE DE PACIENTES EM UM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA**

Porto Alegre

2023

NICOLE CAETANO ACOSTA

**REPERCUSSÕES DA PANDEMIA POR COVID-19 NAS CAUSAS DE
MORTALIDADE DE PACIENTES EM UM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Programa de Residência Integrada
Multiprofissional em Saúde do Hospital de
Clínicas de Porto Alegre como requisito parcial
para a obtenção do título de especialista em
Adulto Crítico

Orientadores: Profa. Dra. Michelle Dornelles
Santarém.

Porto Alegre

2023

CIP - Catalogação na Publicação

Acosta, Nicole Caetano
REPERCUSSÕES DA PANDEMIA POR COVID-19 NAS CAUSAS DE
MORTALIDADE DE PACIENTES EM UM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA
/ Nicole Caetano Acosta. -- 2023.
53 f.
Orientadora: Michelle Dornelles Santerém.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de
Clínicas de Porto Alegre, PROGRAMA DE RESIDÊNCIA
INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE, Porto Alegre,
BR-RS, 2023.

1. Doença Crônica. 2. Sepsis . 3. COVID-19. 4.
Mortalidade . 5. Emergência . I. Santerém, Michelle
Dornelles, orient. II. Título.

AGRADECIMENTOS

Este momento tão emocionante e esperado de finalização de mais uma etapa da jornada da vida não aconteceria sem as pessoas mais essenciais: minha família. Os primeiros agradecimentos não poderiam ser diferentes: agradeço à minha avó querida, Valmira, por todo carinho, dedicação, apoio e cuidado. Sem ela não existiria a pessoa que sou hoje. Agradeço à minha mãe, Patrícia, e minha tia, Alessandra, por estarem sempre na retaguarda e nunca deixarem me faltar nada. Agradeço ao meu namorado, Breno, por ser o alívio dos momentos difíceis.

Minha querida orientadora Professora Doutora Michelle Dornelles Santarém, ou só Mi, obrigada por ser prof, amiga e mãe. Sempre cuidado com muito zelo e dedicação dos seus alunos. Com certeza minha melhor escolha para trilhar essa jornada que com certeza (e pressão) não vai parar por aqui.

Com muito orgulho eu agradeço aos meus preceptores, Érica e Fabiano, por me tornarem a enfermeira que eu sou hoje. Duas pessoas completamente diferentes, mas que completaram a profissional que me tornei. A Érica com seu jeito calmo, paciente e apaziguador, transmite uma paz só de estar perto, ensina a não perder a postura e tentar resolver todos os problemas do cotidiano com uma boa e calma conversa. O Fabiano é um furacão que passa nas nossas vidas, nos ensina o pensamento rápido que todo o emergencista raiz precisa ter e nos impressiona com a naturalidade que se faz um líder dentro do Serviço de Emergência. São dois colegas e amigos que eu quero levar para minha vida toda.

Maialu e Cristiano, que sorte!!!! Só isso que posso dizer: que sorte a minha ter encontrado dois amigos tão incríveis e parecidos comigo. Obrigada por sempre estarem juntos de mim e tornarem os meus dias infinitamente mais leves. Nossos momentos são os melhores do dia.

Não posso deixar de agradecer minha querida e maravilhosa R1, Luiza. Obrigada por ser essa amiga tão querida e parceira. Conta sempre comigo para todos os momentos da vida. Lembra que a vida é difícil, mas pode ser bem leve também.

Finalizo agradecendo todos que de alguma forma contribuíram para a formação dessa profissional. Aos profissionais do Serviço de Emergência, principalmente Djulia que foi um presente, Prof^a Juciane e demais colegas. Agradeço à minha amiga fisioterapeuta Fernanda Balzan, que honra trabalhar contigo! Aos profissionais do Serviço de Terapia Intensiva. Aos colegas de residência e aos médicos residentes que dividem dias, experiências e aprendizados. Muito obrigada!

RESUMO

Introdução: após a crise de saúde enfrentada por conta da COVID-19, os pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis, que não mantiveram seu acompanhamento necessário devido às restrições impostas pelo período, tendem a voltar ao sistema de saúde com sua condição mais agravada, necessitando de cuidados críticos e podendo evoluir à óbito precocemente. **Objetivo:** avaliar as principais causas de mortes após admissão no Serviço de Emergência e o *ranking* destas entre 2019 e 2022 em um Hospital Público Universitário do Sul do Brasil. **Método:** estudo transversal retrospectivo realizado no período de agosto de 2019 a agosto de 2022. **Resultados:** pacientes com mediana de idade 70 (61-78), masculinos (51,7%), brancos (84,7%), profissionalmente ativos (66,8%), com menos de 9 anos de estudo (61,6%), sem companheiros (52,9%) e com múltiplas comorbidades (95%). Os pacientes foram classificados na maioria como muito urgente. Durante a pandemia o principal fluxograma foi “Dispneia em adulto” (32,8%) e os descritores “Dor intensa” (12,9%) e “Saturação de O₂ muito baixa” (12%). As mortes por doenças respiratórias aumentaram significativamente no período durante a pandemia ($p < 0,001$) e as mortes por sepse no período depois a pandemia aumentaram significativamente em comparação com o período antes da pandemia. **Conclusão:** além das mortes por doenças respiratórias, a mortalidade por sepse aumentou significativamente durante e após a pandemia, principalmente em pacientes idosos e com múltiplas comorbidades.

Descritores: Doença Crônica, Sepse, COVID-19, Mortalidade, Emergência.

ABSTRACT

Background: After the health crisis faced due to COVID-19, patients with chronic non-communicable diseases, who did not maintain the necessary monitoring due to the restrictions imposed during the period, tend to return to the health system with their condition more aggravated, requiring critical care and may lead to early death. **Objective:** to evaluate the main causes of deaths after admission to the Emergency Service and their ranking between 2019 and 2022 in a Public University Hospital in Southern Brazil **Método:** retrospective cross-sectional study carried out from August 2019 to August 2022. **Resultados:** patients with a median age of 70 (61-78), male (51.7%), white (84.7%), professionally active (66.8%), with less than 9 years of education (61.6%), without partners (52.9%) and with multiple comorbidities (95%). Patients were mostly classified as very urgent. During the pandemic, the main flowchart was “Dyspnea in adults” (32.8%) and the descriptors “Severe pain” (12.9%) and “Very low O₂ saturation” (12%). Deaths from respiratory diseases increased significantly in the period during the pandemic ($p < 0.001$) and deaths from sepsis in the period after the pandemic increased significantly compared to the period before the pandemic. **Conclusão:** in addition to deaths from respiratory diseases, mortality from Sepsis increased significantly during and after the pandemic, especially in elderly patients and those with multiple comorbidities.

Descritores: Chronic Disease, Sepsis, COVID-19, Mortality, Emergency.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC - Acidente Vascular Cerebral

CAAE - Certificado de Apresentação de Apreciação Ética

CID-10 – Código Internacional de Doenças

COVID-19 – Coronavírus Disease

CTI - Centro de Terapia Intensiva

DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DM - Diabetes melittus

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

DRC - Doença Renal Crônica

EPI - Equipamento de Proteção Individual

HCPA - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

LGPD - Lei Geral de Proteção de Dados

NAS - Nursing Activities Score

OMS - Organização Mundial da Saúde

PCP - Plano de Capacidade Plena

RS - Rio Grande do Sul

SARS-CoV - Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavírus

STROBE - *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*

SUS - Sistema Único de Saúde

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 1. Características sociodemográficas, clínicas e referentes a internação hospitalar dos pacientes críticos que foram a óbito entre agosto de 2019 e agosto de 2022. Porto Alegre, RS, Brasil, 2023. (n=3444) 26

Tabela 2. Características referentes à chegada do paciente crítico no Serviço de Emergência atendidos pelo Sistema de Triagem de Manchester na classificação de risco. Porto Alegre, RS, Brasil, 2023. (n=3444)..... 28

Figura 1. Proporção do número de mortes de acordo com causa e período.30

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA.....	5
2 REVISÃO LITERATURA	7
2.1 Perfil de doenças crônicas no Brasil e mortalidade por outras causas no período pré-pandemia	7
2.2 Dados epidemiológicos da Pandemia por COVID-19 e novas estatísticas sobre saúde ..	8
2.3 Situações dos serviços de urgência e emergência e centros de terapia intensiva durante a pandemia.....	9
2.4 Repercussões para a equipe de enfermagem: condições de trabalho e saúde durante e após a pandemia	10
3 OBJETIVOS	12
3.1 Objetivo geral.....	12
3.2 Objetivos específicos.....	12
4 REFERÊNCIAS.....	13
5 RESULTADOS ARTIGO ORIGINAL ¹	17
5.1 INTRODUÇÃO	18
5.2 MÉTODOS.....	20
5.2.1 Desenho do estudo.....	20
5.2.2 Contexto do estudo	20
5.2.3 Participantes.....	20
5.2.4 Fontes de dados/ variáveis e desfechos	21
5.2.5 Viés.....	21
5.2.6 Tamanho do Estudo	22
5.2.7 Variáveis quantitativas e Métodos Estatísticos.....	22
5.2.8 Aspectos éticos	22
5.3 RESULTADOS	24
5.3.1 Características demográficas, clínicas e de internação.....	24
5.3.2 Características relacionadas à Classificação de Risco.....	24
5.3.3 Principais causas de óbitos	24
5.4 DISCUSSÃO.....	31
5.6 CONCLUSÃO	34
5.7 REFERÊNCIAS	35
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	38

7 APÊNDICE A: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	39
8 ANEXO A – DIRETRIZES DA METODOLOGIA STROBE	40
9 ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP E PLATAFORMA BRASIL	42

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas, estão aumentando consideravelmente desde 1990, sendo esse aumento atribuído ao crescimento e envelhecimento da população. Em 2017, as DCNT representavam 73,4% das mortes globais, registrando um aumento de 22,7% desde 2007 (Roth et al., 2017). No Brasil, as estatísticas não são diferentes: este grupo de doenças diretamente ligadas ao envelhecimento populacional e estilo de vida representam 76% das mortes no país em 2016 (Brasil, 2019b).

No Rio Grande do Sul, as estatísticas seguem o padrão nacional e mundial. As doenças isquêmicas do coração, acidente vascular cerebral (AVC), doenças pulmonares obstrutivas crônicas (DPOC) e doença de Alzheimer e outras demências seguem liderando as 10 principais causas de morte (Rio Grande do Sul, 2019).

Segundo a World Health Organization (2022), entre 2020 e 2021, a COVID-19 infectou cerca de 618 milhões de pessoas e 6,54 milhões foram à óbito. DCNT são as principais comorbidades encontradas em pacientes com COVID-19. Estima-se que uma a cada cinco pessoas apresentam um fator de risco para a forma grave da doença, elevando o tempo de internação e taxas de mortalidade (The Lancet, 2020).

A pandemia ocasionou danos direta e indiretamente ligados à COVID-19. A sobrecarga do sistema de saúde gerou cancelamento de serviços eletivos, como reabilitação ambulatorial de pacientes com DCNT; o isolamento social fez os indivíduos mudarem hábitos de vida, aumentando o uso de álcool, tabaco, redução na atividade física e maior tempo sedentário; o medo do contágio fez pacientes crônicos deixarem de procurar os serviços de saúde. Essas ações só não impactam individualmente os portadores de DCNT, mas também causam um impacto nos serviços de saúde pelo aumento substancial da demanda após a crise (Malta, 2021; WHO, 2020b).

Após a crise de saúde enfrentada por conta da pandemia, os pacientes portadores de DCNT que não mantiveram seu acompanhamento necessário devido às restrições impostas pelo distanciamento social, realocação de recursos financeiros e humanos, podem voltar ao sistema de saúde com sua condição agravada, com a possibilidade de necessitar de cuidados críticos e podendo evoluir à óbito.

A partir deste problema, o presente estudo possui a seguinte questão de pesquisa: Quais os principais grupos de causas de morte após admissão hospitalar e o *ranking* destas entre 2019 e 2022 no Serviço de Emergência de um hospital público universitário do Rio

Grande do Sul? Para responder essa questão, o trabalho possui como objetivo avaliar os principais grupos de causas de mortes após admissão no Serviço de Emergência e o *ranking* destas entre 2019 e 2022 em um Hospital Público Universitário do Sul do Brasil.

A hipótese é de que as causas de mortalidade no período pós pandêmico apresentaram mudanças em comparação ao período pré-pandêmico, fazendo com que as taxas de mortalidade por DCNT aumentassem por falta de ações de promoção e prevenção da saúde e falta de procura dos serviços de saúde durante a pandemia COVID-19.

A partir dos resultados deste estudo espera-se identificar quais causas de mortalidade apresentaram maior crescimento após a pandemia para que sejam traçadas estratégias de busca ativa desses pacientes com DCNT que descontinuaram acompanhamento com a atenção básica, bem como ações de promoção da saúde para que o sistema de saúde não seja sobrecarregado nos serviços de emergência e terapia intensiva.

2 REVISÃO LITERATURA

2.1 Perfil de doenças crônicas no Brasil e mortalidade por outras causas no período pré-pandemia.

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são condições clínicas desenvolvidas pelo próprio organismo relacionadas a múltiplas causas e que cursam durante um longo período de tempo da vida do indivíduo portador, apresentando duração indeterminada e períodos de agudização (Brasil, 2013). Este grupo de doenças está relacionado ao envelhecimento da população, estilo de vida, além de causas socioeconômicas como menor escolaridade e renda, levando em consideração que estão mais expostas aos fatores de risco, possuem menos acesso à informação e serviços de saúde que atuam na prevenção e manejo dessas doenças (Brasil, 2019b).

No ano de 2016, as DCNT foram responsáveis por 76,4% das mortes no Brasil, sendo que as duas primeiras causas de morte no país foram Cardiopatia Isquêmicas e Acidente Vascular Cerebral (AVC), doenças que se mantêm no topo do ranking de causas de mortalidade há 10 anos (Brasil, 2019 a). Segundo o Ministério da Saúde (2019), em 2016, sete das dez primeiras causas de morte no país são doenças crônicas.

De acordo com o Ministério da Saúde (2019), entre os anos 2000 e 2016, apesar de Doenças Isquêmicas do Coração e Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC) se manterem em 1º e 2º lugar, respectivamente, no ranking de causas de morte no país, a Doença de Alzheimer e outras demências saíram do 8º lugar para 3º, enquanto Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) passou a ocupar a 5º posição. Diabetes mellitus (DM), Doença Renal Crônica (DRC) e Neoplasias ocupam a 7ª, 9ª e 10ª posição no ranking.

Na região Sul, de 2000 a 2016, Doenças Isquêmicas do Coração, AVC e DPOC se mantiveram no topo do ranking das principais causas de morte, ocupando 1º, 2º e 3º lugar, respectivamente. Causas como Doença de Alzheimer e outras demências, seguiram o padrão nacional e passaram de 9º para 4º lugar na região (Brasil, 2019a). De acordo com o Atlas Socioeconômico do Governo do Estado do Rio Grande do Sul (2022), no ano de 2019, os principais grupos de causas de morte eram as doenças do aparelho circulatório (25,1%); neoplasias (22,3%) e doenças do aparelho respiratório (12,0%), que incluem doenças como cardiopatia isquêmica, AVC e DPOC, além de neoplasia maligna de traquéias, brônquios e pulmão, que também aparece entre as 10 principais causas de morte no Brasil e na região Sul.

Além das DCNT, no ranking de mortalidade do país existem doenças transmissíveis e por causas externas. Apesar de apresentarem redução de 2000 a 2016, a violência interpessoal e acidentes de trânsito ocupam a 6ª e a 8ª posição, respectivamente, no ranking nacional. Doenças infectocontagiosas, como infecção de vias aéreas inferiores, se mantêm entre as cinco primeiras causas de morte (Brasil, 2019).

2.2 Dados epidemiológicos da Pandemia por COVID-19 e novas estatísticas sobre saúde.

Em março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS), caracteriza a COVID-19, doença causada pelo vírus SARS-CoV-2, como pandemia devido à sua alta transmissibilidade e capacidade de alcançar todos os continentes do mundo em um curto espaço de tempo (OPAS, 2020).

Apesar de apresentar uma taxa de letalidade baixa, em torno de 2%, a rápida contaminação a partir de surtos em locais fechados e transmissão comunitária em massa por falta de medidas sanitárias atingiu cerca de 618 milhões de pessoas e 6,54 milhões perderam a vida (WHO, 2022).

No Brasil, a doença atingiu cerca de 34 milhões de pessoas, levando a óbito aproximadamente 686 mil. A região do país com maior número de casos foi o Sudeste, com cerca de 13 milhões, porém o Centro-Oeste apresentou maior mortalidade por 100 mil habitantes (399,8) (Brasil, 2022).

Segundo a Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (2022), o Estado apresentou aproximadamente 2,7 milhões de infectados e 41 mil óbitos, com uma letalidade aparente de 1,5%. A maioria dos casos confirmados foram em pessoas do sexo feminino (45%), a faixa etária mais contaminada foi de 30 a 39 anos, porém os óbitos ocorreram principalmente de 70 a 79 anos.

Existe um dado descrito como excesso de mortalidade que se caracteriza pela diferença entre o número de óbitos que ocorreram em um período e o número de óbitos esperados conforme estatísticas anteriores. O excesso de mortalidade durante a pandemia se dá por mortes diretamente ligadas à COVID-19 ou indiretamente, como falta de acesso a ações de promoção e prevenção da saúde. Este número foi de 14,9 milhões entre 2020 e 2021 (OPAS, 2022a).

Segundo Rezende (2020), de 34% a 54,5% da população adulta brasileira apresenta pelo menos um risco para a forma grave da COVID-19, seja idade maior do que 65 anos ou diagnóstico médico de alguma DCNT. Durante a pandemia, serviços para controle da

hipertensão, diabetes e outras DCNT foram interrompidos, dificultando o acesso dessas pessoas a cuidados essenciais (WHO, 2020b).

Além da falta de procura dos serviços de saúde por medo de contágio, houve mudanças no estilo de vida das pessoas devido às ações de controle de transmissão do vírus, como o distanciamento social. Além do aumento do consumo de tabaco e álcool na população em geral, os portadores de DNCT apresentaram maior redução na prática de atividade física, menor consumo adequado de hortaliças e maior tempo sedentário à frente da televisão (WHO, 2020b; Malta, 2021).

Durante a pandemia, as DCNT deram espaço para as doenças infectocontagiosas que representavam 5,7% dos óbitos no Brasil entre 2016 e 2019, e em 2020 chegaram a 21,1%, praticamente empatadas com doenças cardiovasculares (21,4%). Entretanto, é esperado que com a vacinação eficaz contra a COVID-19 a taxa de mortalidade por esse grupo de doenças venha a diminuir, porém o efeito indireto da pandemia fará com que as DCNT, que ainda continuam no topo da mortalidade no país, cresçam ainda mais (ENSP, 2020).

2.3 Situações dos serviços de urgência e emergência e centros de terapia intensiva durante a pandemia.

Enquanto a maioria das pessoas infectadas pela COVID-19 não apresentaram sintomas ou apenas sua forma leve, que se apresenta por um estado gripal comum, cerca de 14% cursaram com a forma grave da doença com necessidade de hospitalização e suporte de oxigênio e 5% com necessidade de internação em UTI para cuidados críticos (WHO, 2020a).

Com o grande número de atingidos pela COVID-19 em 2020 e 2021, juntamente com um número expressivo de pessoas portadoras de fatores de risco para a forma grave da doença, os 5% dos infectados que necessitam de cuidados intensivos foram capazes de superlotar as unidades de terapia intensiva (UTI) pelo país. De acordo com a Secretaria de Saúde do Estado RS (2022), em março de 2021 a taxa de ocupação de leitos de UTI era de 109% entre leitos do Sistema Único de Saúde (SUS) e privados. O Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), no mesmo período, apresentava uma taxa de ocupação de 132% dos leitos de UTI COVID-19.

Durante a pandemia, os serviços de emergência apresentaram uma redução em internações por outras causas e um aumento de demanda para COVID-19. A partir das restrições impostas pelo governo, houve uma diminuição da procura por atendimento por quadros leves (Souza et al., 2021). Internações por problemas cardiovasculares e

cerebrovasculares diminuíram, podendo resultar no adiamento do tratamento na fase aguda e por consequência, gerando casos crônicos e graves (Meza, 2020; Bhatt 2020; Stöhr, 2020).

2.4 Repercussões para a equipe de enfermagem: condições de trabalho e saúde durante e após a pandemia.

Durante a pandemia, o perfil e a complexidade do paciente internado em unidades críticas mudou e, a partir disso, para prestar um cuidado de enfermagem de qualidade, foi necessário realizar mudanças organizacionais, no quadro de recursos humanos, na gestão dos materiais e mudanças assistenciais inesperadas (Buffon, 2022).

Estudos mostram que na época houve aumento do número de pacientes por enfermeiro, além disso, a pontuação nas escalas de mensuração de carga de trabalho de enfermagem em terapia intensiva, como o NAS (*Nursing Activities Score*), eram consideravelmente mais elevadas em pacientes COVID-19 comparadas ao pacientes não- COVID-19. Isso pode ser explicado pela alta complexidade do paciente, que apresenta mais cuidados respiratórios, de mobilização, higiene e de atenção aos familiares (Hoogendoorna, 2021).

Um estudo Sueco que registrou as experiências de enfermeiros na linha de frente contra COVID-19 mostrou relatos de que a segurança do paciente e a qualidade da assistência diminuíram, e que os cuidados de enfermagem não foram priorizados, levando os profissionais a um dilema ético. Além disso, a carga e a piora do ambiente de trabalho trouxeram prejuízos ao bem-estar e saúde dos enfermeiros (Bergman, 2021).

Além do estresse causado pelo aumento da carga de trabalho, o profissional de enfermagem enfrentou a tensão e o medo de serem contaminados pela COVID-19, a falta de equipamentos de proteção individual (EPI) disponíveis, as condições precárias de atendimento ao profissional, além de lidar com adoecimento e morte de colegas e familiares (Vedovato, 2021).

De acordo com o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) (2021), no ano de 2021 o Brasil representava um terço das mortes de profissionais da Enfermagem no mundo, sendo uma morte a cada 19 horas. Com base nos dados divulgados pelo boletim epidemiológico referente à semana 14, as categorias que mais apresentaram casos confirmados de COVID-19 foram técnicos/auxiliares de enfermagem e enfermeiros, respectivamente.

Um estudo realizado com nove países da América do Sul sobre saúde mental dos profissionais da saúde evidenciou que diversos profissionais apresentavam transtornos depressivos, psicóticos e ideação suicida, a maioria destes causados por baixo apoio social e financeiro, o medo de infectar familiares e pelas más condições de trabalho (OPAS, 2022b).

De acordo com um estudo feito pela Fiocruz em 2022, em período pós pandêmico, com mais de 800 profissionais da saúde brasileiros, 65% apresentaram sintomas de transtorno de estresse, 61,6% de ansiedade e 61,5% de depressão. A percepção de saúde física e mental adequadas foi muito baixa e o acompanhamento psicológico dos profissionais vem crescendo após a pandemia.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Avaliar as principais causas de morte após admissão no Serviço de Emergência e o *ranking* destas entre 2019 e 2022 em um Hospital Público Universitário do Sul do Brasil.

3.2 Objetivos específicos

Avaliar perfil sociodemográfico, clínico, referentes à classificação de risco e internação hospitalar de pacientes admitidos através de um Serviço de Emergência de um Hospital Público Universitário do Sul do Brasil.

4 REFERÊNCIAS

BHATT, A. S. et al. Fewer Hospitalizations for Acute Cardiovascular Conditions During the COVID-19 Pandemic. **Journal of the American College of Cardiology**, v. 76, n. 3, p. 280–288, jul. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32470516/> Acesso em: 09 out 2023.

BERGMAN, Lina et al. Registered nurses' experiences of working in the intensive care unit during the COVID-19 pandemic. **Nurs Crit Care**. Huddinge, v. 26, n. 6, p. 467–475, Nov. 2021 Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8242789/> Acesso em: 10 out 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico No 58 - Boletim COE Coronavírus — Ministério da Saúde**. Brasília - DF. 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/covid-19/2021/boletim_epidemiologico_covid_58.pdf/view Acesso em: 20 out 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília-DF, 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado_pessoas%20doencas_cronicas.pdf Acesso em 03 out 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painéis Saúde Brasil: mortalidade geral - causas de óbito**. Brasília-DF, 2019a. Disponível em: <https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/saude-brasil/mortalidade-geral/> Acesso em: 03 out 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel Coronavírus**. Brasília-DF, 2022. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/> Acesso em: 09 out 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2018: Uma análise da situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas**. Brasília-DF, 2019b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2018_analise_situacao_saude_doencas_agravos_cronicos_desafios_perspectivas.pdf Acesso em: 03 out 2022.

COFEN. **Brasil representa um terço das mortes de profissionais de Enfermagem por covid-19**. 08 jan 2021. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/brasil-responde-por-um-terco-das-mortes-de-profissionais-de-enfermagem-por-covid-19_84357.html Acesso em: 15 set 2022.

BUFFON, Marina et al. Pacientes críticos com COVID-19: perfil sociodemográfico, clínico e associações entre variáveis e carga de trabalho. **Rev. Bras. Enfer**, n. 75, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/4ZZNyTTN5DZcjmBPqCrTX7Q/?lang=pt> Acesso em: 10 out 2022.

ENSP, Informe. **Antes, durante e depois da pandemia: que país é esse?** 2020. Disponível em: <<https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/antes-durante-e-depois-da-pandemia-que-pais-e-esse>> Acesso em: 08 out 2022.

HOOGENDOORNA, Marga et al. The impact of COVID-19 on nursing workload and planning of nursing staff on the Intensive Care: A prospective descriptive multicenter study. **Int J Nurs Stud**, v. 121, 2021. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8215878/>> Acesso em: 10 out 2022.

MALTA, Deborah; SZWARCOWALD, Célia. Doenças crônicas não transmissíveis e mudanças nos estilos de vida durante a pandemia de COVID-19 no Brasil. **Rev Brasileira Epidemiológica**, v. 24, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/rhTGSqRDbs94Wh8CmjggYTb/?lang=pt#:~:text=A%20preval%20de%20hipertens%C3%A3o%20e%20diabetes,9>> Acesso em: 08 out 2022.

MALTA, Monica et al. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 3, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsp/a/3gYcXJLzXksk6bLLpvTdnYf/?lang=pt>> Acesso em: 01 out 2022.

MEZA, H. T. et al. Impact of COVID-19 outbreak on ischemic stroke admissions and in-hospital mortality in North-West Spain. **International Journal of Stroke**, v. 15, n. 7, p. 755–762, 26 jun. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32525468/> Acesso em: 20 out 2022.

Pesquisa mostra impacto da pandemia na saúde mental de profissionais da saúde. **Fiocruz Brasília**. Brasília - DF. 22 fev 2022. Disponível em: <<https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/pesquisa-mostra-impacto-da-pandemia-na-saude-mental-de-profissionais-da-saude/>> Acesso em: 10 out 2022.

REZENDE, Leandro; et al. Adults at high-risk of severe coronavirus disease-2019 (Covid-19) in Brazil. **Revista Saúde Pública**, 54:50, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsp/a/BZq45FRr68pCcJrK9N9tpsdr/?lang=en>> Acesso em: 15 mar. 2021.

RIO GRANDE DO SUL (Estado). Secretaria de planejamento, governança e gestão. **Indicadores Sociais: Coeficiente de Mortalidade Geral e por Causas**. 2019. Disponível em: <<https://atlassocioeconomico.rs.gov.br/coeficiente-de-mortalidade-geral-e-por-causas#:~:text=No%20Rio%20Grande%20do%20Sul%20no%20ano%20de%202019%20os,doen%C3%A7as%20end%C3%B3crinas%20e%20nutricionais%20e%20metab%C3%B3licas>> Acesso em: 03 out 2022.

RIO GRANDE DO SUL (Estado). Secretaria de Saúde. **Painel Coronavírus RS**. 2022. Disponível em: <<https://ti.saude.rs.gov.br/covid19/>> Acesso em: 08 out 2022.

RIO GRANDE DO SUL (Estado). Secretaria de Saúde. **COVID-19 Dashboard**. 2022. Disponível em: <<https://covid.saude.rs.gov.br/>> Acesso em: 09 out 2022.

ROTH, G. A. et al. Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. **The Lancet**, v. 392, n. 10159, p. 1736–1788, nov. 2018.

Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)32203-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)32203-7/fulltext) Acesso em: 21 out 2022.

SOUZA, J. L. DE et al. Impact of the COVID-19 pandemic on emergency department visits: reference center. **Einstein (São Paulo)**, v. 19, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/vW6GswNyLwRYh39WzCx7K7p/> Acesso em: 12 out 2023.

STÖHR, E. et al. Hospital admissions during Covid-19 lock-down in Germany: Differences in discretionary and unavoidable cardiovascular events. **PLOS ONE**, v. 15, n. 11, p. e0242653–e0242653, 20 nov. 2020. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0242653> Acesso em: 12 out 2023.

THE LANCET. COVID-19: a new lens for non-communicable diseases. **The Lancet**. 2020, v. 396 n 10252, p. 649. Disponível em:

<[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)31856-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31856-0/fulltext)> Acesso em: 09 out 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Histórico da pandemia de COVID-19. **OPAS**. 2020. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>>. Acesso em: 08 out 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Excesso de mortalidade associado à pandemia de COVID-19 foi de 14,9 milhões em 2020 e 2021. **OPAS**. 2022a. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/5-5-2022-excesso-mortalidade-associado-pandemia-covid-19-foi-149-milhoes-em-2020-e-2021#:~:text=Confirmaram%20que%20o%20n%C3%BAmero%20mundial,afetada%20pelo%20tamanho%20da%20popula%C3%A7%C3%A3o>. Acesso em: 08 out 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). The COVID-19 HEalth caRe wOrkErs Study (HEROES). Informe Regional de las Américas. **OPAS**. 2022b. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55563> Acesso em: 08 out 2022.

VEDOVATO, Tatiana; et al. Trabalhadores(as) da saúde e a COVID-19: condições de trabalho à deriva? **Rev Bras Saúde Ocupacional**. v. 46. 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbso/a/CHvhLDtkH8WPmSygjHZgzNw/>> Acesso em: 10 out 2022;

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected. **WHO**. 2020a. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331446>> Acesso em: 08 de out 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The impact of the COVID-19 pandemic on noncommunicable disease resources and services: results of a rapid assessment. **WHO**. 2020b. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334136/9789240010291-eng.pdf>> Acesso em: 08 out 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. **WHO**. 2022. Disponível em: <<https://covid19.who.int/>> Acesso em: 08 out 2022.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar da hipótese do estudo indicar um aumento da mortalidade por DCNT após a pandemia, houve uma estabilidade em relação a essas causas tanto no período pandêmico quanto no pós. Os óbitos por DCNT não diminuíram durante a pandemia devido ao agravamento das doenças de base pela não procura por atendimento ou co-infecção por COVID-19 e, após a pandemia, houve um aumento da mortalidade relacionada à sepse, principalmente em pacientes idosos portadores de doenças crônicas.

A partir do resultado de que a sepse vem se consolidando como principal causa de óbito na instituição estudada, o presente trabalho demonstra necessidade de ações educativas para profissionais de saúde na prevenção de infecção hospitalar, reforço das boas práticas na assistência à saúde e detecção precoce de sinais e sintomas sugestivos de infecção. Quanto ao pré-hospitalar, há necessidade de educação em saúde da população para melhora do autocuidado, adesão às terapias e identificação precoce de descompensação da doença de base ou sinais de infecção, principalmente no idoso multicomorbido.

Referente às limitações do estudo, durante a pandemia muitos pacientes foram inseridos no sistema para atendimento sem classificação de risco ser realizada pelo enfermeiro com objetivo de agilizar o atendimento, bem como a prescrição médica de pacientes criticamente enfermos que procuravam atendimento no Serviço de Emergência, trazendo dificuldades na coleta de dados referente à classificação de risco. Encontramos falta de dados e preenchimento incompleto de informações referentes à profissão e etnia, causando um grande número de *missing* relacionado à essas variáveis.

6 APÊNDICE A: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Formulário para Coleta de Dados

1. Variáveis sociodemográficas

- 1.1 Prontuário:
- 1.2 Sexo:
- 1.3 Profissão:
- 1.4 Escolaridade:
- 1.5 Idade:
- 1.6 Raça:
- 1.7 Estado Civil:

2. Variáveis de Classificação de Risco

- 2.1 Fluxogramas
- 2.2 Discriminadores Gerais
- 2.3 Níveis de prioridade
- 2.4 Tempo até atendimento

3. Variáveis Clínicas

- 3.1 Histórico médico prévio
- 3.2 CID da admissão
- 3.3 CID de óbito

4. Variáveis da Internação

- 4.1 Tempo de permanência na Emergência
- 4.2 Necessidade de leito em UTI

7 ANEXO A – DIRETRIZES DA METODOLOGIA STROBE

Tabela. Itens essenciais que devem ser descritos em estudos observacionais, segundo a declaração Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE). 2007.

Item	Nº	Recomendação
Título e Resumo	1	Indique o desenho do estudo no título ou no resumo, com termo comumente utilizado Disponibilize no resumo um sumário informativo e equilibrado do que foi feito e do que foi encontrado
Introdução		
Contexto/Justificativa	2	Detalhe o referencial teórico e as razões para executar a pesquisa.
Objetivos	3	Descreva os objetivos específicos, incluindo quaisquer hipóteses pré-existentes.
Métodos		
Desenho do estudo	4	Apresente, no início do artigo, os elementos-chave relativos ao desenho do estudo.
Contexto (<i>setting</i>)	5	Descreva o contexto, locais e datas relevantes, incluindo os períodos de recrutamento, exposição, acompanhamento (follow-up) e coleta de dados.
Participantes	6	Estudos de Coorte: Apresente os critérios de elegibilidade, fontes e métodos de seleção dos participantes. Descreva os métodos de acompanhamento. Estudos de Caso-Controlle: Apresente os critérios de elegibilidade, as fontes e o critério-diagnóstico para identificação dos casos e os métodos de seleção dos controles. Descreva a justificativa para a eleição dos casos e controles Estudo Seccional: Apresente os critérios de elegibilidade, as fontes e os métodos de seleção dos participantes. Estudos de Coorte: Para os estudos pareados, apresente os critérios de pareamento e o número de expostos e não expostos. Estudos de Caso-Controlle: Para os estudos pareados, apresente os critérios de pareamento e o número de controles para cada caso.
Variáveis	7	Defina claramente todos os desfechos, exposições, preditores, confundidores em potencial e modificadores de efeito. Quando necessário, apresente os critérios diagnósticos.
Fontes de dados/ Mensuração	8 ^a	Para cada variável de interesse, forneça a fonte dos dados e os detalhes dos métodos utilizados na avaliação (mensuração). Quando existir mais de um grupo, descreva a comparabilidade dos métodos de avaliação.
Viés	9	Especifique todas as medidas adotadas para evitar potenciais fontes de vies.
Tamanho do estudo	10	Explique como se determinou o tamanho amostral.
Variáveis quantitativas	11	Explique como foram tratadas as variáveis quantitativas na análise. Se aplicável, descreva as categorizações que foram adotadas e porque.
Métodos estatísticos	12	Descreva todos os métodos estatísticos, incluindo aqueles usados para controle de confundimento. Descreva todos os métodos utilizados para examinar subgrupos e interações. Explique como foram tratados os dados faltantes ("missing data") Estudos de Coorte: Se aplicável, explique como as perdas de acompanhamento foram tratadas. Estudos de Caso-Controlle: Se aplicável, explique como o pareamento dos casos e controles foi tratado. Estudos Seccionais: Se aplicável, descreva os métodos utilizados para considerar a estratégia de amostragem. Descreva qualquer análise de sensibilidade.
Resultados		
Participantes	13 ^a	Descreva o número de participantes em cada etapa do estudo (ex: número de participantes potencialmente elegíveis, examinados de acordo com critérios de elegibilidade, elegíveis de fato, incluídos no estudo, que terminaram o acompanhamento e efetivamente analisados) Descreva as razões para as perdas em cada etapa. Avalie a pertinência de apresentar um diagrama de fluxo
Dados descritivos	14 ^a	Descreva as características dos participantes (ex: demográficas, clínicas e sociais) e as informações sobre exposições e confundidores em potencial. Indique o número de participantes com dados faltantes para cada variável de interesse. Estudos de Coorte: Apresente o período de acompanhamento (ex: média e tempo total)

Continua

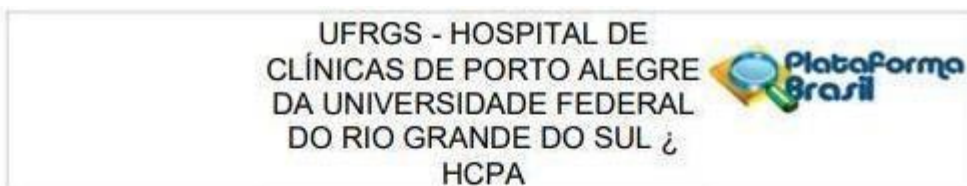
Tabela continuação

Item	Nº	Recomendação
Desfecho	15 ^a	Estudos de Coorte: Descreva o número de eventos-desfecho ou as medidas-resumo ao longo do tempo Estudos de Caso-Controlle: Descreva o número de indivíduos em cada categoria de exposição ou apresente medidas-resumo de exposição. Estudos Seccionais: Descreva o número de eventos-desfecho ou apresente as medidas-resumo.
Resultados principais	16	Descreva as estimativas não ajustadas e, se aplicável, as estimativas ajustadas por variáveis confundidoras, assim como sua precisão (ex: intervalos de confiança). Deixe claro quais foram os confundidores utilizados no ajuste e porque foram incluídos. Quando variáveis contínuas forem categorizadas, informe os pontos de corte utilizados. Se pertinente, considere transformar as estimativas de risco relativo em termos de risco absoluto, para um período de tempo relevante.
Outras análises	17	Descreva outras análises que tenham sido realizadas. Ex: análises de subgrupos, interação, sensibilidade.
Discussão		
Resultados principais	18	Resuma os principais achados relacionando-os aos objetivos do estudo.
Limitações	19	Apresente as limitações do estudo, levando em consideração fontes potenciais de viés ou imprecisão. Discuta a magnitude e direção de vieses em potencial.
Interpretação	20	Apresente uma interpretação cautelosa dos resultados, considerando os objetivos, as limitações, a multiplicidade das análises, os resultados de estudos semelhantes e outras evidências relevantes.
Generalização	21	Discuta a generalização (validade externa) dos resultados.
Outras Informações		
Financiamento	22	Especifique a fonte de financiamento do estudo e o papel dos financiadores. Se aplicável, apresente tais informações para o estudo original no qual o artigo é baseado.

^a Descreva essas informações separadamente para casos e controles em Estudos de Caso-Controlle e para grupos de expostos e não expostos, em Estudos de Coorte ou Estudos Seccionais.

Nota: Documentos mais detalhados discutem de forma mais aprofundada cada item do *checklist*, além de apresentarem o referencial teórico no qual essa lista se baseia e exemplos de descrições adequadas de cada item (Vandenbroucke et al.^{24,25}). A *checklist* do STROBE é mais adequadamente utilizada um conjunto com esses artigos (disponíveis gratuitamente no site das revistas PLoS Medicine [www.plosmedicine.org], Annals of Internal Medicine [www.annals.org] e Epidemiology [www.epidem.com]). No website da iniciativa STROBE (www.strobe-statement.org) estão disponíveis versões separadas de *checklist* para Estudos de Coorte, Caso-Controlle ou Seccionais. Reproduzida de von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. Declaração STROBE: Diretrizes para a comunicação de estudos observacionais [material suplementar na internet]. Malta M, Cardoso LO, tradutores. In: Malta M, Cardoso LO, Bastos FI, Magnanini MMF, Silva CMFP. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. Rev Saude Pública. 2010;44(3):559-65.

8 ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP E PLATAFORMA BRASIL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Desfechos clínicos e gestão da assistência de enfermagem do paciente adulto crítico: Estudo multicêntrico

Pesquisador: MICHELLE DORNELLES SANTAREM

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 32560920.0.1001.5327

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.131.571

Apresentação do Projeto:

O aumento gradual da expectativa de vida, a queda das taxas de natalidade e mortalidade, impulsionou o envelhecimento acelerado da população brasileira. Estes fatores contribuíram de forma grandiosa para a busca de usuários aos Serviços de Saúde por descompensação e deterioração clínica devido ao aumento substancial de complicações decorrentes de doenças crônicas não transmissíveis, contribuindo para o aumento de processos de atendimento a pacientes críticos de uma forma geral. Conhecer os desfechos clínicos e novos padrões de cuidados em saúde se tornam necessários, bem como identificar fatores preditores que interfiram nos aspectos físicos, psíquicos e sociais desta população para adequar os processos em unidades que são referências para este tipo de paciente.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Principal

Avaliar os desfechos clínicos e os processos de gestão do cuidado de pacientes críticos instituído no âmbito intra-hospitalar.

Subprojeto 1: Objetivos Específicos relacionados aos serviços de emergência

a) Caracterizar, do ponto de vista sociodemográfico e clínico os pacientes internados nos

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7840 **Fax:** (51)3359-7840 **E-mail:** cep@hcpa.edu.br

UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL
HCPA



Continuação do Parecer: 4.131.571

centros pesquisados nos serviços de emergência.

- b) Analisar as características do acolhimento segundo a classificação de risco, desfechos de pacientes segundo critérios de gravidade e tempos de classificação de risco nos diferentes serviços de emergência;
- c) Analisar os protocolos institucionais vigentes nos Serviços de Emergência, segundo o Processo de Enfermagem.
- d) Analisar indicadores de qualidade em saúde: higienização das mãos, indicadores de infecção hospitalar, quedas de pacientes, satisfação dos pacientes, incidência de lesão por pressão, transferência de cuidado temporária e definitiva e aplicação diária do processo de enfermagem em todas as suas etapas;
- e) Analisar indicadores de gestão de pessoas: absenteísmo, turnover, dimensionamento, capacitação e satisfação no trabalho.

Subprojeto 2: Objetivos Específicos relacionados aos serviços ou centros de terapia intensiva


- a) Caracterizar, do ponto de vista sociodemográfico e clínico, os pacientes internados nos centros pesquisados nas Unidades de Terapia Intensiva.
- b) Analisar os desfechos de pacientes segundo critérios de gravidade e tempo decorrido entre a solicitação de leito em UTI e a efetiva admissão do paciente.
- c) Analisar os protocolos institucionais vigentes nas Unidades de Terapia Intensiva, tais como Protocolo de pausa de sedação, Protocolo de extubação, Protocolo de mobilização precoce, Protocolo de insulina.
- d) Analisar indicadores de qualidade em saúde: higienização das mãos, indicadores de infecção hospitalar relacionada à assistência em saúde, quedas de pacientes, satisfação dos pacientes, incidência de lesão por pressão, transferência de cuidado temporária e definitiva, aplicação diária do processo de enfermagem em todas as suas etapas e taxa de readmissão na UTI em 48h após a alta;
- e) Analisar indicadores de gestão de pessoas: absenteísmo, turnover, dimensionamento, capacitação e satisfação no trabalho.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Serão adotadas medidas para minimizar o risco de exposição de dados dos sujeitos de pesquisa. A

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229
Bairro: Santa Cecília CEP: 90.035-903
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 Fax: (51)3359-7640 E-mail: cep@hcpa.edu.br

**UFRGS - HOSPITAL DE
 CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
 DA UNIVERSIDADE FEDERAL
 DO RIO GRANDE DO SUL**


HCPA

Continuação do Parecer: 4.131.571

confidencialidade dos registros dos participantes será assegurada pelos pesquisadores responsáveis. Para a organização do banco de dados, será adotado número de identificação sequencial atribuído para cada participante, acrescido de informações como número de registro de prontuário e data de nascimento com vistas a minimizar erros de identificação.

Benefícios:

Espera-se que este estudo ofereça, como produtos de seus resultados: (1) literatura atualizada que forneça subsídios aos professores para o desenvolvimento da temática na formação da graduação e pós-graduação; (2) levantamento de dados clínicos e epidemiológicos que tais pacientes apresentam, bem como sobre seus determinantes e a necessidade da busca de atendimento nestes setores; (3) subsidiar a padronização de metodologia para diagnóstico e monitoramento das condições de segurança do paciente no atendimento ao paciente crítico; De modo indireto, portanto, ao atuar no loco das práticas dos serviços de emergência e centro de terapia intensiva espera-se promover a cultura de segurança do paciente neste âmbito dentro do sistema público de saúde. Por outro lado, espera-se contribuir para a formação de futuros enfermeiros que aproximando os mesmos desta realidade tão presente dentro dos mais diversos Serviços de Saúde, fomentando formação tecnológica voltada às demandas da dessa população de maneira holística, humana e ética.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo de coorte (prospectiva e retrospectiva), multicêntrico de abordagem quantitativa. O estudo será desenvolvido nos Serviços de Enfermagem em Emergência e Centro de Terapia Intensiva Adulto (CTI), dos seguintes hospitais: Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) e Hospital Cristo Redentor (HCR) ambos pertencentes ao Grupo Hospitalar Conceição (GHC). A população do estudo será constituída, de forma consecutiva e conforme o objetivo abordado por pacientes que forem internados nos centros e unidades acima descritas no período de 2019 a 2023. Amostra calculada de 458 sujeitos, sendo pacientes adultos, ambos os sexos, com idade a

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cep@hcpa.edu.br

UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL
HCPA



Continuação do Parecer: 4.131.571

partir de 18 anos, atendidos e hospitalizados há mais de 24 horas nas instituições acima descritas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta TCLE e TCUD.

Recomendações:

Lembramos que em razão da recente pandemia de COVID-19 as atividades de recrutamento, triagem e novas inclusões de participantes na instituição, estão temporariamente suspensas. Em caso de dúvidas, consultar o Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG) para mais informações (gppgcontingencia@hcpa.edu.br).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências emitidas para o projeto no parecer 4.100.693 foram respondidas pelos pesquisadores, conforme carta de respostas adicionada em 21/06/2020. Não apresenta novas pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos que a presente aprovação (projeto e TCLE versão de 21/06/2020 e demais documentos que atendem às solicitações do CEP) refere-se apenas aos aspectos éticos e metodológicos do projeto.

Os pesquisadores devem atentar ao cumprimento dos seguintes itens:

- a) Este projeto está aprovado para inclusão de 458 participantes no Centro HCPA, de acordo com as informações do projeto ou do Plano de Recrutamento apresentado. Qualquer alteração deste número deverá ser comunicada ao CEP e ao Serviço de Gestão em Pesquisa para autorizações e atualizações cabíveis.
- b) O projeto está cadastrado no sistema AGHUse Pesquisa (2020-0286) para fins de avaliação logística e financeira e somente poderá ser iniciado após aprovação final do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação.
- c) Qualquer alteração nestes documentos deverá ser encaminhada para avaliação do CEP. Informamos que obrigatoriamente a versão do TCLE a ser utilizada deverá corresponder na íntegra à versão vigente aprovada.

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229
Bairro: Santa Cecília CEP: 90.035-903
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 Fax: (51)3359-7640 E-mail: cep@hcpa.edu.br

UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL
HCPA



Continuação do Parecer: 4.131.571

d) Deverão ser adicionados relatórios semestrais e um relatório final do projeto no cadastro do mesmo, no Sistema AGHUse Pesquisa.

e) Eventos adversos deverão ser comunicados de acordo com as orientações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - Conep (Carta Circular nº 13/2020-CONEP/SECNS/MS). Os desvios de protocolo também deverão ser comunicados em relatórios consolidados, por meio de Notificação.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1563423.pdf	21/06/2020 12:35:27		Aceito
Outros	Plano_Recutamento.pdf	21/06/2020 12:35:06	MICHELLE DORNELLES SANTAREM	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_HCPA.pdf	21/06/2020 12:34:43	MICHELLE DORNELLES SANTAREM	Aceito
Outros	Carta_Resposta_CEP.pdf	21/06/2020 12:32:35	MICHELLE DORNELLES SANTAREM	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Paciente_Critico.pdf	21/06/2020 12:28:33	MICHELLE DORNELLES SANTAREM	Aceito
Outros	Termo_Marga_D.pdf	27/05/2020 23:10:10	MICHELLE DORNELLES SANTAREM	Aceito
Outros	Termo_Marga_I.pdf	27/05/2020 23:09:50	MICHELLE DORNELLES SANTAREM	Aceito
Outros	Termo_Fabiano_D.pdf	27/05/2020 23:09:32	MICHELLE DORNELLES SANTAREM	Aceito
Outros	Termo_Fabiano_I.pdf	27/05/2020 23:09:11	MICHELLE DORNELLES SANTAREM	Aceito
Outros	Termo_Maria_D.pdf	27/05/2020 23:08:51	MICHELLE DORNELLES	Aceito

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229
Bairro: Santa Cecília CEP: 90.035-903
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 Fax: (51)3359-7640 E-mail: cep@hcpa.edu.br

UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL &
HCPA



Continuação do Parecer: 4.131.571

Outros	Termo_Maria_D.pdf	27/05/2020 23:08:51	SANTAREM	Aceito
Outros	Termo_Maria_I.pdf	27/05/2020 23:08:31	MICHELLE DORNELLES SANTAREM	Aceito
Outros	Delegacao_Funcoes.pdf	27/05/2020 22:26:09	MICHELLE DORNELLES SANTAREM	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	24/05/2020 17:15:11	MICHELLE DORNELLES SANTAREM	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 02 de Julho de 2020

Assinado por:
Têmis Maria Félix
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cep@hcpa.edu.br