

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
NÍVEL MESTRADO

HENRIQUE MEIRELLES BOLDORI

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DA ESCALA *NATIONAL EMERGENCY*
DEPARTMENT OVERCROWDING SCORE (NEDOCs) PARA USO NO BRASIL**

PORTO ALEGRE

2019

HENRIQUE MEIRELLES BOLDORI

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DA ESCALA *NATIONAL EMERGENCY*
DEPARTMENT OVERCROWDING SCORE (NEDOCS) PARA USO NO BRASIL**

Relatório técnico apresentado como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS.

Orientador (a): Prof.^a Dr.^a Rosane Mortari Ciconet

**PORTO ALEGRE
2019**

B687a Boldori, Henrique Meirelles.
Adaptação transcultural da escala National Emergency
Department Overcrowding Score (NEDOCS) para uso no
Brasil / por Henrique Meirelles Boldori. – 2019.
82 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) — Universidade do Vale do Rio
dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem ,
Porto Alegre, RS, 2019.
“Orientadora: Dr^a Rosane Mortari Ciconet”.

1. Estudos de validação. 2. Emergências. 3. Serviço
hospitalar de emergência. 4. Avaliação em enfermagem.
I. Título.

CDU: 614.253.5:616-083.98

HENRIQUE MEIRELLES BOLDORI

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DA ESCALA *NATIONAL EMERGENCY*
DEPARTMENT OVERCROWDING SCORE (NEDOCS) PARA USO NO BRASIL**

Relatório técnico apresentado como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS.

Aprovado em 14 de agosto de 2019.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Rosane Mortari Ciconet (orientadora) – UNISINOS

Prof.^a Dr.^a Karin Viegas (membro externo) – UFCSPA

Prof.^a Dr.^a Rafaela Schaefer (membro UNISINOS) – UNISINOS

Prof. Dr. Márcio Neres dos Santos (membro técnico) – UNISINOS

**PORTO ALEGRE
2019**

RESUMO

A escala *National Emergency Department Overcrowding Score* (NEDOCS) é uma ferramenta de fácil aplicabilidade, que possibilita a verificação dos níveis de lotação em Serviços de Emergência (SE) e favorece a construção do planejamento de mudanças futuras, com vistas à redução da superlotação e dos tempos de permanência. Este estudo está inserido no Projeto “Pesquisa e intervenção em Enfermagem: Sistematização da Assistência de Enfermagem para fortalecimento da Rede de Saúde de São Leopoldo/RS” (PISAE-SL), vinculado ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Enfermagem, da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS através do Edital Acordo CAPES/COFEN 27/2016. **Objetivo:** realizar a adaptação transcultural, para a língua portuguesa e a validação da escala NEDOCS para uso no Brasil. **Método:** estudo de adaptação transcultural para a língua portuguesa do Brasil, fundamentado nas recomendações do *Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures*. **Resultados:** foram cumpridas as etapas metodológicas de tradução inicial; síntese das traduções; retrotradução; comitê de especialistas; pré-teste e submissão da escala ao autor. A validação de conteúdo foi realizada através do Índice de Validade de Conteúdo (IVC). A escala foi aplicada através de formulário eletrônico em SE, totalizando um número de 107 aplicações por 40 profissionais distintos. Para avaliar a associação entre as variáveis da escala, o coeficiente de correlação de Spearman foi aplicado. A avaliação da consistência interna foi realizada através do Alfa de Cronbach. As análises foram realizadas no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21.0. **Considerações finais:** a escala NEDOCS possibilita ao profissional o monitoramento da situação atual da lotação dos SE. O profissional pode traçar planejamento para melhoria do fluxo e redução dos tempos de permanência, o que denota o papel de gestor na condução do processo de trabalho na emergência. **Produto:** escala de mensuração de níveis de lotação de Serviços de Emergência, cuja ferramenta possibilita a melhoria nos processos gerenciais, qualificando a assistência e fornecendo indicadores em saúde.

Palavras-chave: Estudos de Validação, Emergências, Serviço Hospitalar de Emergência, Avaliação em Enfermagem.

ABSTRACT

The National Emergency Department Overcrowding Score (NEDOCS) is an easy-to-apply tool that enables the verification of emergency service (SE) manning levels and favors the construction of future change planning with a view to reducing overcrowding and residence times. This study is part of the Project "Nursing Research and Intervention: Systematization of Nursing Care to Strengthen the São Leopoldo / RS Health Network" (PISAE-SL), linked to the Graduate Program Professional Master in Nursing, Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS through the CAPES / COFEN 27/2016 Public Notice. **Objective:** perform the cross-cultural adaptation to the Portuguese language and validate the NEDOCS scale for use in Brazil. **Method:** cross-cultural adaptation study for the Portuguese language of Brazil, based on the recommendations of the Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. **Results:** the methodological steps of initial translation were fulfilled; synthesis of translations; back translation; expert committee; pre-test and submission of the scale to the author. Content validation was performed using the Content Validity Index (IVC). The scale was applied through an electronic form in SE, totaling 107 applications by 40 different professionals. To evaluate the association between the scale variables, the Spearman correlation coefficient was applied. Internal consistency was assessed using Cronbach's alpha. Analyzes were performed using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 21.0. **Final Considerations:** The NEDOCS scale enables the professional to monitor the current situation of SE's. The professional can draw up planning to improve flow and reduce length of stay, which denotes the role of manager in conducting the emergency work process. **Product:** Emergency service manning level measurement scale, whose tool enables the improvement of management processes, qualifying care and providing health indicators.

Key-words: Validation Studies, Emergencies, Emergency Service Hospital, Nursing Assessment.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), ao Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e à Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS) pela oportunidade de realizar o mestrado com bolsa integral em uma universidade de referência em ensino no Brasil.

À Prof^a. Dr^a Rosália Figueiró Borges por me incentivar a participar do processo seletivo do Mestrado Profissional em Enfermagem, enquanto atuava como enfermeiro assistencial.

À Dra. Rosane Mortari Ciconet pela paciência, pelo carinho, pelo auxílio na construção do estudo e por suas orientações durante o período de dois anos. Estendo também meus agradecimentos à Prof^a. Dr^a Sandra Maria Cezar Leal, Prof^a. Dr^a Karin Viegas, Prof. Dr. Márcio Neres, Prof^a. Dr^a Denise Antunes de Azambuja Zocche e Dr. Armando de Negri Filho.

E em especial para a pessoa mais importante nesta trajetória: minha mãe. Somente nós sabemos o quanto caminhamos (e lutamos) para chegar até aqui. Você foi mestre ao me educar sozinha e com poucas condições financeiras. Hoje eu posso afirmar com emoção, alegria e convicção: mãe, nós somos mestres em Enfermagem.

LISTA DE SIGLAS

AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CPRE	Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica
EBS	<i>Electronic Blockage System</i>
ESF	Estratégia Saúde da Família
HUGOL	Hospital Estadual de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
mNEDOCS	<i>Modified National Emergency Department Overcrowding Score</i>
NEDOCS	<i>National Emergency Department Overcrowding Score</i>
NIR	Núcleo Interno de Regulação
OMS	Organização Mundial da Saúde
PISAE-SL	Pesquisa e intervenção em Enfermagem: Sistematização da Assistência de Enfermagem para fortalecimento da Rede de Saúde de São Leopoldo/RS
PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
PROADI	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RAU	Rede de Atenção às Urgências
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SE	Serviços de Emergência
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
T1	Tradução 1
T2	Tradução 2
VSP	Versão síntese em português
RT1	Retrotradução 1
RT2	Retrotradução 2

RT12	Versão final retrotraduzida
VTP	Versão traduzida em português
VFP	Versão final em português
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
UNISINOS	Universidade do Vale do Rio dos Sinos
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Dúvidas quanto às variáveis e respectivas respostas do autor da escala, 2019.....	35
--	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Ciclo resolutivo de superlotação nos Prontos-socorros.....	17
Figura 2 - Nomograma de modelo reduzido para cálculo a partir das variáveis utilizadas na escala NEDOCS.....	25
Figura 3 - Representação gráfica dos estágios de adaptação transcultural.....	28
Figura 4 – Fluxograma das traduções.....	29
Figura 5 – Versão final em português da escala NEDOCS.....	45

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização dos profissionais que realizaram a validação através do IVC, segundo profissão e instituição em que atuam, 2019.....	36
Tabela 2 – Índice de Validade de Conteúdo para as traduções das variáveis da escala, 2019.....	37
Tabela 3 - Aplicações da escala NEDOCS no hospital Centenário conforme turno e profissão, 2019.....	38
Tabela 4 – caracterização das aplicações da escala NEDOCS nos SE em geral, 2019.....	38
Tabela 5 - Correlação entre os itens da escala NEDOCS através do coeficiente de correlação de Spearman, 2019.....	41
Tabela 6 – Associação das variáveis com a classificação da escala NEDOCS, 2019.....	42

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Opinião dos profissionais quanto à clareza das variáveis traduzidas da escala NEDOCS, 2019.....	39
Gráfico 2 – Opinião dos profissionais quanto à facilidade na aplicação da escala NEDOCS em SE, 2019.....	39
Gráfico 3 - Classificação dos níveis de lotação dos Serviços de Emergência (baseado no escore 0,5), 2019.....	43

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 Objetivo geral	19
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	20
2.1 O cenário das urgências no Brasil e a superlotação	20
2.2 A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) no contexto dos Serviços de Emergência	23
2.3 Ferramenta para aferir a superlotação em Serviços de Emergência: uso da escala <i>National Emergency Department Overcrowding Score</i> (NEDOCS)	25
3 ABORDAGEM METODOLÓGICA	28
3.1 Tipo de estudo	28
3.2 Cenário principal de validação do estudo	29
3.3 Etapas da adaptação transcultural	29
3.3.1 Etapa 1: tradução inicial	30
3.3.2 Etapa 2: síntese das traduções	31
3.3.3 Etapa 3: retrotradução	31
3.3.4 Etapa 4: comitê de especialistas	31
3.3.5 Etapa 5: pré-teste	32
3.3.6 Etapa 6: submissão da escala ao autor	33
3.4 Edital acordo CAPES/COFEN 27/2016	33
3.5 Aspectos éticos	33
4 RESULTADOS	35
4.1 Análise estatística	40
5 CARACTERIZAÇÃO E DESCRIÇÃO DO PRODUTO	45
6 APLICABILIDADE NA ÁREA DA SAÚDE	46
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
REFERÊNCIAS	48
ANEXO A – VERSÃO ORIGINAL DA ESCALA NEDOCS	56
APÊNDICE A – TRADUÇÃO 1 (T1)	57
APÊNDICE B – TRADUÇÃO 2 (T2)	58
APÊNDICE C – VERSÃO SÍNTESE EM PORTUGUÊS (VSP)	59
APÊNDICE D – RETROTRADUÇÃO 1 (RT1)	60

APÊNDICE E – RETROTRADUÇÃO 2 (RT2)	61
APÊNDICE F – VERSÃO FINAL RETROTRADUZIDA (RT12).....	62
APÊNDICE G- VERSÃO TRADUZIDA EM PORTUGUÊS PARA REALIZAÇÃO DA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO (VTP).....	63
APÊNDICE H – FORMULÁRIO ELETRÔNICO PARA REALIZAÇÃO DO ÍNDICE DE VALIDADE DE CONTEÚDO (IVC).....	64
APÊNDICE I – VERSÃO FINAL TRADUZIDA EM PORTUGUÊS (VSF)	69
APÊNDICE J – FORMULÁRIO ELETRÔNICO PARA APLICAÇÃO DA VFP EM SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA.....	70
APÊNDICE K – FORMULÁRIO ELETRÔNICO PARA APLICAÇÃO NO HOSPITAL CENTENÁRIO.....	74
ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA DO HOSPITAL CENTENÁRIO.....	78
ANEXO C – AUTORIZAÇÃO DO AUTOR.....	79
ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	80

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, os Serviços de Emergência (SE) nos países em desenvolvimento vivenciam um aumento no volume de pacientes, o que resulta em limitações de acesso e superlotação. (JOHNSON; WINKELMAN, 2011; OLIVEIRA et al., 2017). Fatores que explicam esse aumento incluem mudanças na demografia (LOWTHIAN et al., 2011; MASSARO; MASSARO, 2017), aumento da longevidade da população, aumento da sobrevivência de pacientes com diversas doenças crônicas, elevado número de acidentes automobilísticos e o grande índice de violência civil. (PEREIRA JUNIOR et al., 2015; MASSARO; MASSARO, 2017). Outro fator que corrobora para o aumento da demanda por atendimento a nível hospitalar é o entendimento da população (usuários, trabalhadores, gestores) sobre o verdadeiro objetivo dos SE o que implica, muitas vezes, na busca direta a este nível de atenção à saúde. (ALPÍZAR, 2014; CANOA et al., 2010; RONCALLI et al., 2017).

A superlotação em SE pode ser relacionada com o aumento de gastos financeiros (materiais e medicamentos, como de exemplo), comprometimento da qualidade do atendimento, aumento nos riscos de erros dos profissionais com consequente desgaste físico e mental, causando interferência no tempo de espera para atendimento dos pacientes. (SZURLAN; GLERIANO, JUSTI, 2015; CASSETTARI; MELLO, 2017).

A demora no atendimento além de gerar insatisfação dos que buscam o serviço, também atrasa a admissão de novos pacientes que necessitam de atendimento urgente, impactando diretamente nos processos assistenciais prestados. (SPRIVULIS, 2006; MAHMOODIAN; EQTESADI; GHAREGHANI, 2014). Pode-se afirmar que a superlotação nos SE prejudica a eficácia e a qualidade do cuidado, estando associada a um declínio nos indicadores de qualidade devido à falta de supervisão eficaz dos profissionais, as altas por desistência, os consequentes óbitos, entre outros fatores. (TUDELA; MÒDOL, 2015).

Segundo Ribeiro, Reis e Santos (2018) o problema de superlotação é amplo e envolve a máquina pública, políticas, gastos que não condizem com a eficiência dos serviços, planos de governo, bem como as diretrizes ministeriais que devem ser seguidas e colocadas em prática por profissionais de saúde, gestores e usuários. Em seu estudo, ao analisar o fluxo do paciente e os processos de atendimento, os autores observaram que os profissionais não utilizam adequadamente o sistema de

informação do hospital, impedindo o controle das práticas operacionais e administrativas. Com isto, enfatizam sobre a importância da gestão hospitalar no registro do paciente, da utilização adequada dos recursos e da redução do tempo de espera.

Medidas para solucionar os problemas da superlotação passam pela redução do tempo de permanência nos SE, que pode contribuir para melhoria da qualidade da assistência. Elevados tempos de espera nos SE prejudicam o recebimento de ambulâncias, interferem negativamente no tratamento e evolução dos casos atendidos e causam estresse para a equipe multiprofissional atuante no setor. (BITTENCOURT; HORTALE, 2009; AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2012).

Bittencourt (2010) apresenta o modelo de “Ciclo Resolutivo de Superlotação dos Prontos-Socorros”, demonstrando a demanda para o enfrentamento da superlotação nos SE através de um ciclo contínuo. Este ciclo apresenta fases que devem ser colocadas em prática de maneira sincrônica, seguido de adequações e medidas de gerenciamento. Estas fases partem do acolhimento e classificação de risco, reorganização do processo de trabalho, gestão de leitos/camas e a gestão de rede assistencial. (GRABOIS; BITTENCOURT, 2014).

Figura 1 –Ciclo resolutivo de superlotação nos Prontos-socorros



Fonte: Grabois e Bittencourt, 2014.

Quando a superlotação no SE é reconhecida previamente, medidas específicas, como a reorganização dos fluxos assistenciais, podem ser tomadas para garantir a prestação do cuidado dentro de um tempo reduzido. (ANNEVELD et al., 2013).

O uso de ferramentas na gestão dos SE promove eficácia, dinamicidade e resolutividade no que se diz respeito à superlotação. Demonstrem também maior satisfação dos usuários com o tempo de espera para o atendimento das suas necessidades e também pelo bom atendimento recebido com informações e esclarecimentos sobre seu estado de saúde. (OLIVEIRA et al., 2017).

Uma ferramenta que vem sendo utilizada internacionalmente, para avaliar a superlotação em SE, é a escala *National Emergency Department Overcrowding Score* (NEDOCS) desenvolvida por Weiss et al. (2004). Esta escala parte do cálculo de conversão de um conjunto de variáveis em uma pontuação que demonstra graus de ocupação no momento em que é aplicada, servindo como instrumento para identificar as causas da superlotação e a tomada de medidas em relação ao problema. (SKINNER, 2016).

No Brasil, o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS) do Ministério da Saúde, executado em parceria com o Hospital Sírio Libanês no triênio 2018 a 2020 tem como meta, até 2020, a reestruturação de 100 SE e capacitação de 450 profissionais. Neste programa, vem sendo utilizada a escala NEDOCS em hospitais que fazem parte do projeto “*Lean nas Emergências*”¹, onde os serviços foram indicados pelo Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). No período de agosto a dezembro de 2017 ocorreu o projeto piloto, onde foram treinadas seis instituições e foi possível auxiliar na implementação de aprimoramentos para garantir a eficácia nos processos dos SE dos hospitais. Resultados mostram que a utilização da escala NEDOCS no SE do Hospital Estadual de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira (HUGOL), da Região Noroeste do estado de Goiás, corroborou para uma melhora significativa nos indicadores referentes à superlotação do serviço. (BRASIL, 2018a).

Oray et al. (2014) utilizaram a escala NEDOCS para avaliação dos níveis de

¹ A Metodologia Lean é uma filosofia de melhoria de processos baseada em tempo e valor, desenhada para assegurar fluxos contínuos e eliminar desperdícios e atividades de baixo valor agregado. Na tradução livre, Lean, em Português, quer dizer " enxuto".

lotação de um SE de um hospital da Turquia, durante o processo de implementação de um sistema de informação hospitalar. Este sistema, denominado *Electronic Blockage System* (EBS), foi planejado para o monitoramento do número de leitos vagos do hospital, de modo a bloquear as internações não urgentes e disponibilizá-los para pacientes internados no SE, visando a redução da superlotação. O uso da escala NEDOCS no estudo foi realizado antes, durante e após a implementação do sistema, e colaborou com resultados positivos para avaliação da eficácia do EBS.

Em um estudo realizado na Holanda por Linden et al. (2014), foi avaliada a validação de uma versão modificada da escala (mNEDOCS), em dois SE de perfis distintos (um de grande fluxo e outro de menor fluxo), visto que a mNEDOCS já vinha sendo utilizada em alguns SE do país. Segundo os autores e seus referenciais, a escala NEDOCS original, por ter sido desenvolvida em SE de grande fluxo, pode não funcionar de maneira ideal em SE de pequeno fluxo.

Nesse contexto, estima-se que a disponibilização e utilização de uma ferramenta que permita mensurar um dos principais problemas nos serviços de urgências, contribuirá para a organização e aprimoramento da qualidade assistencial nos serviços. Desse modo, o foco desse trabalho será realizar a adaptação transcultural para a língua portuguesa e validação da escala NEDOCS.

1.1 Objetivo geral

Realizar a adaptação transcultural, para a língua portuguesa, e a validação da escala *National Emergency Department Overcrowding Score* (NEDOCS) para uso no Brasil.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 O cenário das urgências no Brasil e a superlotação

As transformações epidemiológicas, demográficas e sociais colocam desafios para os sistemas de saúde uma vez que, a urbanização, o envelhecimento e as mudanças globalizadas nos estilos de vida combinam-se entre si para tornar as doenças crônicas e os traumatismos causas, cada vez mais preocupantes, de morbidade e de mortalidade. (OMS, 2008; MENDES, 2011).

Em meados do ano 2000, a partir de uma iniciativa do Ministério da Saúde, estabeleceu-se a organização de uma política nacional de atenção às urgências com a implantação de novos componentes, como os Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e as Unidades de Pronto Atendimento (UPA). (O'DWYER et al., 2017a, 2017b). A implantação da política de atenção às urgências no Brasil desenvolveu-se em três etapas: até 2003 houve a produção das principais normas que instituem a política; de 2003 a 2008 predominou a implantação do SAMU; e de 2008 a 2009 transcorreu a implantação das UPAs. (MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2011).

Posteriormente, houve a implantação da Rede de Atenção às Urgências (RAU) em 2011, com a finalidade de articular e integrar os equipamentos de saúde, de forma a ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários de maneira eficaz, priorizando a integração entre os componentes da atenção às urgências e o investimento menos fragmentado em componentes individuais da política. (ALMEIDA et al., 2015; BRASIL, 2011a).

Segundo o Ministério da Saúde, são integrantes assistenciais da RAU: os componentes pré-hospitalares (atenção básica, salas de estabilização, SAMU-192 e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências e UPA), o componente hospitalar e a atenção domiciliar. Entre as diretrizes da RAU, destaca-se a premissa de que o usuário, em situação de quadros agudos, deve ser acolhido em qualquer uma das portas de entrada dos serviços de saúde e ser direcionado, para o nível de complexidade correspondente à sua necessidade, de forma hierarquizada e regulada. (BRASIL, 2011a).

O primeiro componente a ser implantado foi o SAMU, escolhido como o modelo de atendimento móvel de urgência do país. (O'DWYER et al., 2017b). Konder e

O'Dwyer (2015) reforçam sobre a importância da expansão da cobertura da atenção primária, juntamente com a funcionalidade efetiva e paralela do SAMU, de modo a incentivar o investimento em Serviços de Emergência na rede de atenção à saúde. (KONDER; O'DWYER, 2015).

Buscando a articulação entre os hospitais e os demais pontos de atenção à saúde, o Ministério da Saúde, em 2013 e através da Portaria nº 3.390, instituiu a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta política foi aplicada a todos hospitais (públicos ou privados) e estabeleceu as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Tais diretrizes fortalecem a garantia da universalidade do acesso com atenção humanizada, a transparência na aplicação dos recursos, a regionalização hospitalar com a continuidade do cuidado por meio da articulação hospitalar com os demais pontos das RAS, entre outras, demonstrando a importância da correlação das instituições hospitalares com os demais serviços de saúde. (BRASIL, 2013a).

Os hospitais são instituição complexas, com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, que apresentem potencial de instabilização e de complicações de seu estado de saúde, exigindo-se assistência contínua em regime de internação e ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. (BRASIL, 2013a, s/p.).

Visando uma melhor distribuição das internações, através da otimização da utilização dos leitos e redução do tempo médio de permanência hospitalar, a PNHOSP definiu e recomendou a criação do Núcleo Interno de Regulação (NIR) nas instituições hospitalares. Através dele, é possível executar a interface com as Centrais de Regulação, traçando o perfil de complexidade da assistência, garantido o acesso de maneira organizada e através do estabelecimento de critérios de gravidade, de forma a melhorar o fluxo assistencial. (BRASIL, 2017).

Segundo Soares (2017), o NIR tem a superlotação dos serviços hospitalares como a causa motivadora para sua implantação. Outros autores consideram que a superlotação nos SE relaciona-se à escassez dos serviços de saúde no país, cuja população não possui acesso regular aos demais níveis de atenção à saúde. (CASSETTARI; MELLO, 2017). Bittencourt e Hortale (2009) demonstraram que a solução da superlotação é possível envolvendo os responsáveis pela gestão nas tomadas de decisão, com base nas melhores evidências para o enfrentamento dos

problemas nos SE. Os autores afirmam que se deve olhar para os fluxos internos do próprio serviço.

A portaria nº 1.601/2011 estabelece um tempo de até 24 horas de permanência nos SE, para que os usuários se mantenham em observação clínica e aguardem a elucidação diagnóstica e sua estabilização. Para os casos onde as queixas não foram solucionadas durante este período, é necessário o encaminhamento para a internação em serviços de saúde (instituições hospitalares) regido pelas centrais de regulação. (BRASIL, 2011b).

Segundo Oliveira (2014), os SE são unidades de curta permanência que objetivam a observação, a avaliação de especialistas e o diagnóstico em tempo hábil. O autor reforça sobre a importância de políticas/protocolos para a gestão de leitos, de maneira a dispor de princípios para a admissão nos SE, tais como: direcionamento dos usuários com o apoio de diagnósticos (de modo a transferir entre 4 a 24 horas), justificativa para o período de observação, clara gestão dos processos de diagnósticos (buscando a redução do risco clínico ao usuário) e a readequação do espaço físico do serviço, conforme avaliação dos gestores.

Estudos internacionais evidenciam que a superlotação tem relação com os tempos de permanências prolongados e preconizam que o tempo, para a tomada de decisões quanto ao desfecho, não deva exceder de 4 a 8 horas. Ainda, apontam o aumento da taxa de mortalidade relacionada à superlotação do serviço pois, muitas vezes, o congestionamento provoca a consequente interdição do atendimento no setor. (COOKE et al., 2005; FORERO; HILLMAN, 2008; GILLIGAN et al., 2008).

Ribeiro, Reis e Santos (2018) reforçam sobre a importância da reorganização dos fluxos assistenciais em todos os processos de trabalho da equipe multiprofissional atuante no SE. Os autores relatam que em um hospital de grande porte do Distrito Federal, os maiores tempos de permanência no SE estavam relacionados com os pacientes classificados, segundo o Protocolo de Manchester, em verde e azul.

Roncalli et al. (2017) reforçam que a superlotação é causada por diversos fatores tais como: a má comunicação entre os Sistemas de Saúde, problemas relacionados à administração, o desconhecimento dos próprios usuários sobre quais serviços são prestados no SE, entre outros.

Para Canoa et al. (2010), é crítica a falta de conhecimento da população sobre o verdadeiro significado dos SE e seu uso racional. Segundo o autor, a educação à

população e o controle do uso indevido do serviço seriam fatores positivos para evitar o congestionamento e/ou superlotação.

Pode-se dizer que os SE são, na maioria das instituições hospitalares, o principal meio de ingresso do usuário aos serviços de saúde de alta complexidade, demonstrando o déficit da atenção primária e o problema de absorção no nível terciário (leitos de unidades de internação/terapia intensiva insuficientes), que causam a conseqüente superlotação e elevação do tempo de permanência. (BAGGIO; CALLEGARO; ERDMANN, 2011).

Giunta et al. (2017) identificaram que um determinado SE apresentou superlotação em 57,7% das horas analisadas. Os autores apontaram que o principal motivo para superlotação nesse local foi a indisponibilidade de leitos do hospital para internação dos pacientes fora da área de emergência, uma vez que, a maioria dos pacientes internados permanecem fisicamente nos SE esperando por uma transferência (para outras unidades ou para o próprio domicílio), e acabam utilizando os leitos de emergência durante vários dias.

Segundo Romero et al. (2017), a compreensão da superlotação nos Serviços de Emergência varia conforme a percepção dos profissionais atuantes no setor. No estudo realizado pelos autores, identificou-se que não há consenso sobre a relação entre a percepção subjetiva do profissional de saúde e os instrumentos objetivos para medir a sobrecarga de trabalho nos serviços. Ao utilizar a escala NEDOCS, cujo valor não depende somente de percepções dos profissionais, identificaram uma forma mais objetiva para avaliar os níveis de superlotação do SE. Os autores também destacaram que o uso de uma ferramenta, por si só, não resolve os problemas de superlotação, mas possibilita a conscientização dos profissionais atuantes no setor, proporciona a melhoria dos serviços prestados (através da análise dos dados obtidos) e garante a segurança do paciente e da equipe.

2.2 A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) no contexto dos Serviços de Emergência

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) objetiva a reorganização, o planejamento e a execução de ações sistematizadas na prestação de serviços assistenciais de enfermagem. (SANTOS, 2014). Em sua aplicação, garante a autonomia em diversas situações vivenciadas pela equipe e pelos próprios

líderes assistenciais. (MARIA; QUADROS; GRASSI, 2012; PENEDO; SPIRI, 2014). Através de sua operacionalização, gera contribuição para a melhoria do trabalho, sistematiza os registros das ações de enfermagem, reconhece e guia o trabalho da equipe e promove mais interação entre os profissionais, o paciente e familiares. (MARCOS; OLIVEIRA; SOUZA, 2016).

A SAE pode ser definida como um método de atuação profissional que possibilita ao enfermeiro técnicas e ferramentas para a aplicação do conhecimento científico em variados níveis de atenção à saúde. (FERNANDES et al., 2011). Através dela, é possível reestruturar o processo de trabalho do enfermeiro, servindo como uma ferramenta que norteia os serviços assistenciais prestados. Esta organização parte do princípio que o enfermeiro desenvolve habilidades técnico-científicas que favorecem a organização e sistematização do cuidado. (COFEN, 2009).

Nesse sentido, destaca-se a importância da SAE na organização de um Serviço de Emergência, entretanto, os estudos com relação a sua aplicação ainda são incipientes nestes serviços.

O atendimento de urgência exige executar ações em menor tempo e, por este motivo, requer organização, planejamento das intervenções e do trabalho multiprofissional, do espaço físico e dos recursos necessários para atender a todas as necessidades do paciente. (COELHO, 2009). SOARES et al., (2015) apontam que a organização, gerência e a assistência de enfermagem são atividades primordiais no cotidiano do enfermeiro, objetivando a excelência da qualidade na assistência oferecida ao paciente, à família e à coletividade com intervenção direta no processo saúde-doença.

Segundo Maria, Quadros e Grassi (2012) os principais problemas identificados para a viabilidade na implantação da SAE em SE são: estrutura física incompatível, dimensionamento de quadro funcional inadequado, condições inadequadas de trabalho, desconhecimento da equipe assistencial sobre os verdadeiros objetivos da SAE, entre outros. Segundo Guedes et al. (2013), as instituições de saúde necessitam conhecer as demandas de sua unidade, utilizando instrumentos e ferramentas para o reconhecimento dessas necessidades.

Visando a execução da SAE dentro do SE de forma eficiente e paralela ao conhecimento técnico-científico do profissional enfermeiro, estratégias para qualificação do trabalho apontam para a utilização de instrumentos na organização da assistência pois, através de um cuidado sistematizado, é possível alcançar melhores

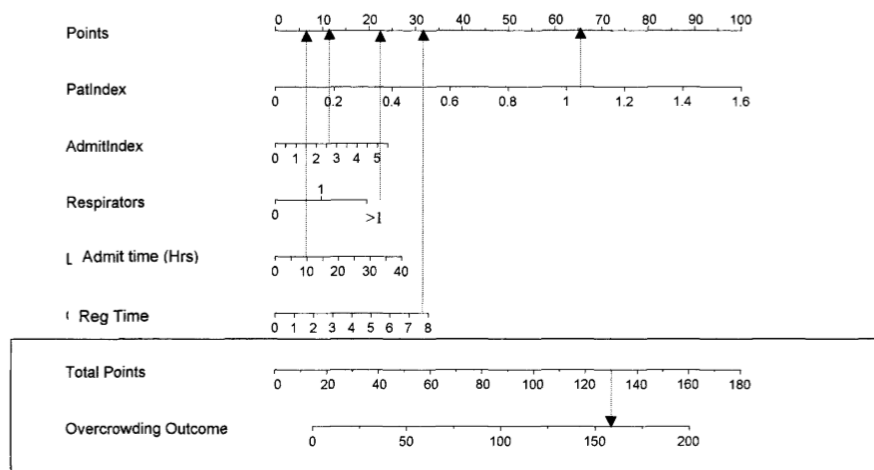
condições de trabalho e conseqüente avanço na qualidade de atendimento prestado à população. (CASTRO; CAIXETA, 2012). Através do uso de uma escala onde pode-se gerar indicadores para trabalhar nos “nós” apresentados no SE, garante-se autonomia para o profissional Enfermeiro, como gestor no serviço, para tomadas de decisão com relação as necessidades de mudanças e/ou adequações para melhoria do fluxo assistencial no setor.

2.3 Ferramenta para aferir a superlotação em Serviços de Emergência: uso da escala *National Emergency Department Overcrowding Score* (NEDOCS)

A falta de medidas para avaliar o índice e os fatores que causam a superlotação, levou países a adotarem escalas quantitativas que permitem realizar a identificação direta da superlotação nos SE. Dentre estas escalas, a escala NEDOCS (*National Department Overcrowding Score*) demonstrou grande poder preditivo no que se diz respeito à superlotação em SE. (WEISS et al., 2005; KULSTAD et al., 2010).

Weiss et al. (2004) desenvolveram uma ferramenta baseada em um cálculo entre variáveis relacionadas, que resulta em um valor que mensura a lotação em SE. Segundo os autores, não havia nenhum tipo de escala padronizada para definição de superlotação nestes serviços. A *National Emergency Department Overcrowding Score* (NEDOCS) é um instrumento que foi desenvolvido em oito SE de instituições de ensino, e as variáveis avaliadas pela escala relacionam-se a acomodações, ocupação, tempos de espera do SE, capacidade total de leitos da instituição hospitalar que conta com o serviço, entre outros aspectos. O nomograma, presente na figura 2, é utilizado para atribuir pontos às variáveis. O número total de pontos é somado de modo a se obter a pontuação final que está dentro de uma escala de 0 a 200, cujo os valores são estratificados conforme a ocupação: 0 a 20 = desocupado; 21 a 60 = ocupado; 61 a 100 = extremamente ocupado, mas não superlotado; 101 a 140 = superlotado; 141 a 180 = severamente superlotado; 181 a 200 = perigosamente superlotado.

Figura 2 - Nomograma de modelo reduzido para cálculo a partir das variáveis utilizadas na escala NEDOCS



Fonte: Weiss et al. (2004).

Weiss et al. (2004), ao desenvolverem a escala NEDOCS, identificaram que as causas da superlotação são a escassez de leitos, atrasos na consulta e o espaço físico incompatível para a demanda de atendimento dos SE comprometendo, assim, a qualidade no atendimento. Segundo os autores, é necessário que haja o consenso entre os administradores do SE para que busquem alternativas visando a redução da superlotação, em situações onde a escala NEDOCS apresenta uma pontuação elevada (101 ou mais).

Sousa et al. (2018) utilizaram a escala NEDOCS durante o período de trinta dias, para avaliar o grau de superlotação de um SE em um hospital do Piauí. Os resultados apontaram que os vinte e sete leitos credenciados no SE não eram suficientes para atender o número de pacientes admitidos e internados. Além disso, o tempo de atendimento era maior que o ideal para uma efetiva atuação da equipe assistencial. Com isso, os autores constataram que o SE estava perigosamente superlotado devido a diversos fatores e que, para a solução deste problema, era necessário envolver os responsáveis pelo hospital para a tomada de decisões baseadas nas melhores evidências.

Todisco (2015) ao aplicar a escala NEDOCS durante o período de 120 dias em um SE identificou que, um pequeno aumento no número de leitos disponíveis no serviço, possibilitou diminuição considerável na pontuação da escala NEDOCS e, através da redistribuição dos leitos hospitalares, foi possível melhorar o fluxo de entrada na instituição via SE.

Estudo realizado na Turquia, através da validação e aplicação da escala NEDOCS em um Hospital Universitário de Gazi, concluiu que os SE podem ser

considerados como “medidores” para mostrar a situação em um sistema de saúde e, quando estão superlotados, sinalizam problemas no atendimento à nível de atenção primária e o uso ineficiente dos serviços hospitalares. (ERGIN et al., 2011). Para os autores, a causa mais impactante da superlotação foi a incapacidade de transferir os pacientes para leitos de internação em tempo hábil.

Giunta et al. (2017) utilizaram a escala NEDOCS para um estudo de coorte retrospectivo durante o período de um ano, em um SE do Hospital Italiano de Buenos Aires. Constataram que o uso da escala NEDOCS permitiu identificar oportunidades de melhorias e desenvolver mecanismos para prevenir a superlotação.

Ao utilizar a ferramenta para avaliar os níveis de superlotação em outro serviço, Ahalt et al. (2016) reforçaram que a escala é uma medida útil para auxiliar na melhoria do fluxo assistencial, e pode fornecer um alerta em tempo real da situação do setor para os profissionais responsáveis, facilitando o planejamento e a busca de melhores resultados no atendimento ao paciente.

A escala NEDOCS foi escolhida como ferramenta para qualificação do processo assistencial no Serviço de Emergência em estudo, devido a sua facilidade de aplicação e por ser gratuita. Acredita-se que através da verificação dos níveis de superlotação em SE, será possível realizar o planejamento de mudanças futuras com vistas à redução da superlotação e do tempo de permanência.

3 ABORDAGEM METODOLÓGICA

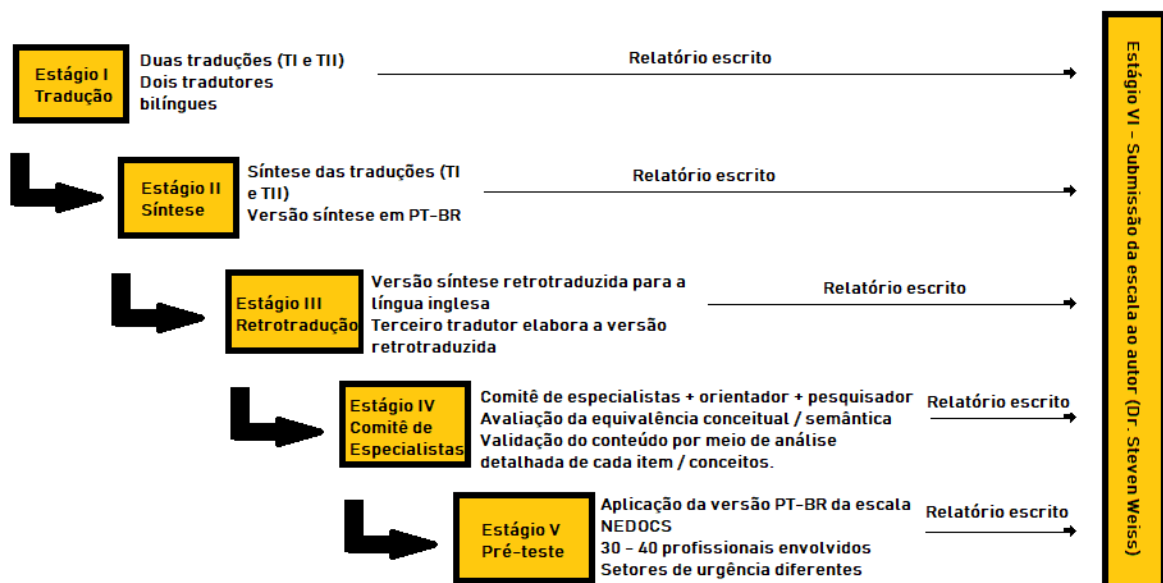
A seguir serão descritos os passos para o desenvolvimento deste projeto.

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de adaptação transcultural da escala *National Emergency Department Overcrowding Score* (NEDOCS), para a língua portuguesa. O estudo foi fundamentado segundo as recomendações do *Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures*. (BEATON et al., 2000).

A adaptação transcultural de um instrumento de saúde para uso em um novo país, cultura e/ou linguagem requer o uso de uma metodologia específica para alcançar equivalência entre a versão de origem e a versão final. O processo envolve etapas inter-relacionadas de modo a alcançar a confiabilidade semântica e de conteúdo necessárias para utilização do instrumento em outro país. A figura 3, a seguir, demonstra de maneira sistematizada os seis estágios da adaptação transcultural segundo Beaton et al. (2000).

Figura 3 - Representação gráfica dos estágios de adaptação transcultural



Fonte: Beaton et al. (2000).

Foram cumpridas as seguintes etapas metodológicas: 1) Tradução Inicial; 2) Síntese das traduções; 3) Retrotradução; 4) Comitê de especialistas; 5) Pré-teste; 6) Submissão da escala ao autor.

3.2 Cenário principal de validação do estudo

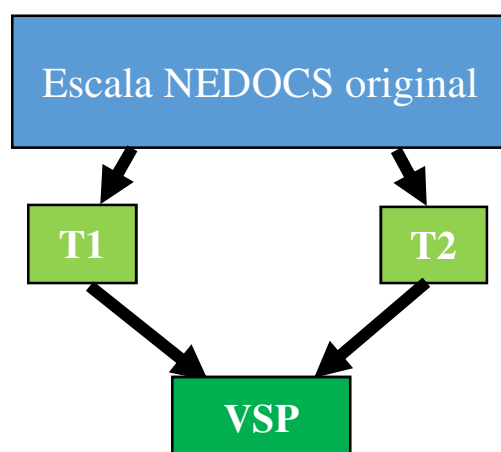
Após a tradução da escala, a mesma foi aplicada em um SE de um hospital público localizado no município de São Leopoldo/RS, que presta serviços ao Sistema Único de Saúde (SUS) e atende alta e média complexidade. Trata-se do hospital Centenário, cujo Serviço de Emergência conta com consultórios médicos, sala de atendimento, sala de curativo, sala de atendimento a pacientes críticos e estabilização, sala de higienização, sala de atendimento pediátrico e sala de acolhimento com classificação de risco. O hospital Centenário integra a Linha de Cuidados do AVC, sendo referência para os municípios da região metropolitana, conforme pactuado pela Comissão Intergestores Bipartite do Rio Grande do Sul, através da resolução nº 367/17. (RIO GRANDE DO SUL, 2017).

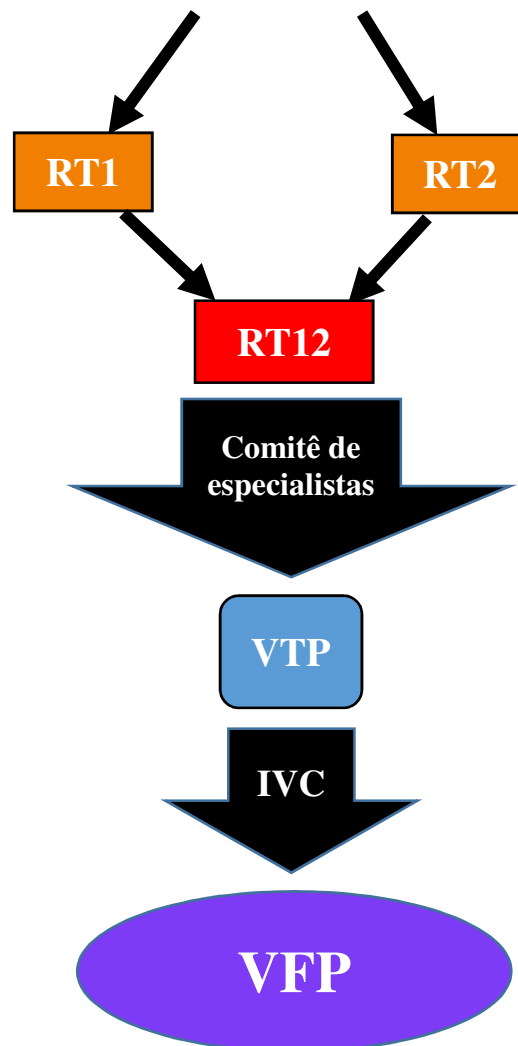
Em 2018, o Hospital Centenário totalizou 8.327 internações, sendo 7.231 (86,86%) com caráter de urgência. (DATASUS, 2019). Através desses dados, pode-se concluir que o SE é a porta de entrada da maioria dos atendimentos e encaminhamentos de internação para o hospital, superando as internações eletivas (1.096 – 13,16%).

3.3 Etapas da adaptação transcultural

As quatro primeiras etapas referentes às traduções foram cumpridas conforme o Fluxograma da Figura 4 e descritas na sequência.

Figura 4 – Fluxograma das traduções.





Fonte: elaborado pelo autor.

3.3.1 Etapa 1: tradução inicial

No primeiro momento, a escala NEDOCS original (ANEXO A) foi traduzida para a língua portuguesa do Brasil de forma independente, por dois tradutores bilíngues com formações distintas, denominadas de T1 e T2. O tradutor que realizou a T1 é um profissional bacharel em Farmácia (APÊNDICE A), e tinha conhecimento na área da saúde e sobre os conceitos avaliados durante a adaptação transcultural. A T2 foi realizada por um tradutor que não possuía conhecimento na área da saúde, utilizando uma linguagem comum e sem conhecimento clínico específico (APÊNDICE B). Este

tradutor não foi informado sobre o processo da adaptação transcultural. Ambas as traduções foram devolvidas ao pesquisador.

3.3.2 Etapa 2: síntese das traduções

No segundo momento, as duas traduções (T1 e T2) foram analisadas e comparadas pelos dois tradutores, pelo orientador e pelo pesquisador de modo a avaliar as divergências/equivalências entre as traduções, necessidade de ajuste ortográfico e, mediante consenso de todos, foi produzida a versão síntese em português (VSP) (APÊNDICE C).

3.3.3 Etapa 3: retrotradução

A VSP foi retrotraduzida para o idioma original de forma independente por mais dois tradutores bilíngues da língua nativa inglesa (idioma original da escala NEDOCS), sem formação na área da saúde e que não possuíam o conhecimento da versão original da escala, gerando duas versões retrotraduzidas denominadas RT1 e RT2 (APÊNDICE D e APÊNDICE E). Os profissionais não tiveram acesso às duas versões iniciais, e realizaram a retrotradução (do português para o inglês) de forma independente. Um quinto tradutor, proficiente na língua inglesa e que não possuía conhecimento sobre as versões anteriores, realizou o consenso entre as duas retrotraduções elaborando a versão final retrotraduzida, denominada RT12 (APÊNDICE F).

3.3.4 Etapa 4: comitê de especialistas

O comitê de especialistas foi composto pelo pesquisador, por três profissionais doutores em Enfermagem e docentes de graduação e pós-graduação (*stricto sensu*) e proficientes na língua inglesa, todos com experiência em metodologia científica, sendo um deles experiente em estudos de validação de instrumentos. Ainda, foi composto por três médicos e oito enfermeiros de diversos SE da região metropolitana de Porto Alegre, com experiência na área de urgências.

Na reunião do comitê, realizada em abril de 2019, foi apresentado o estudo, especificando detalhadamente as etapas do processo de adaptação transcultural que

estavam sendo cumpridas, bem como o objetivo da realização da adaptação. O papel dos especialistas foi consolidar as informações das traduções realizadas, que foram disponibilizadas para os mesmos incluindo a versão original da escala NEDOCS. Realizou-se a avaliação da equivalência semântica, idiomática e conceitual entre a VSP e o instrumento original.

Como recomendado por BEATON et al (2000), o autor da escala participou desta etapa através de consultoria via e-mail. As dúvidas que surgiram entre os especialistas foram encaminhadas ao Dr. Steven Weiss, através de perguntas formuladas pelo grupo quanto às interpretações dos sentidos das variáveis.

Com o retorno do autor sobre as dúvidas, somadas às colaborações do comitê de especialistas e dos tradutores que participaram do processo inicial de tradução e síntese, pôde-se elaborar a versão traduzida em português (VTP) para realização da validação de conteúdo (APÊNDICE G).

Na sequência, a VTP foi encaminhada a profissionais de diferentes SE, para que procedessem a validação de conteúdo. Para isso, foi elaborado um formulário eletrônico (APÊNDICE H) construído pelo Google Forms, onde apresentou-se para comparação, a escala original e suas variáveis traduzidas.

Conforme Alexandre e Coluci (2011), a validação de conteúdo foi realizada através do Índice de Validade de Conteúdo (IVC), onde pôde ser realizada a análise detalhada de cada item e seus respectivos conceitos, e os profissionais puderam selecionar uma pontuação entre 1 e 4, com relação à clareza da tradução das variáveis.

Obteve-se um índice mínimo de 0,90 a partir do cálculo das respostas 3 e 4 do formulário, de modo a validar e consolidar a versão final traduzida em português (VFP) para aplicação em caráter de pré-teste (APÊNDICE I).

3.3.5 Etapa 5: pré-teste

Para aplicação do pré-teste foram utilizados, através do Google Forms, formulários para preenchimento das variáveis da VFP (APÊNDICE J e APÊNDICE K). O período de aplicação do pré-teste no hospital Centenário de São Leopoldo/RS (cenário principal), ocorreu de 29 de junho a 10 de julho de 2019, totalizando doze dias, em três turnos (manhã, tarde e noite), tendo sido aplicado majoritariamente pelo pesquisador. Em algumas situações, profissionais do SE e colaboradores realizaram

a aplicação, mediante aceite do TCLE presente no formulário.

Visando atender ao requisito de número de pré-testes (30 a 40) realizados conforme Beaton et al (2000), foi demandado apoio a outros Serviços de Emergência do Brasil. Para isso, foi utilizada a técnica de abordagem não probabilística denominada “Bola de Neve” (chamada também de *snowball/snowball sampling*). Esta técnica faz uso de cadeias de referência que facilitam a obtenção de informações a partir de pessoas e/ou funcionários de algum serviço, descartando a necessidade de autorização institucional. É utilizada em pesquisa sociais, de maneira em que os participantes iniciais da pesquisa (nomeados de “sementes”) indicam novos contatos, de suas redes sociais, que indicam novos participantes de maneira sucessiva. (BIERNACKI; WALDORF, 1981; VINUTO, 2014). A VFP foi aplicada, mediante aceite do TCLE presente no formulário (APÊNDICE J), por profissionais que atuam SE de diversas instituições que, por sua vez, indicaram outros participantes e assim sucessivamente.

Para cumprir a recomendação de BEATON et al. (2000), objetivando o retorno dos profissionais que aplicaram a escala NEDOCS, foi encaminhado um e-mail com uma escala Likert de 5 níveis, para opiniões sobre a aplicação da escala.

3.3.6 Etapa 6: submissão da escala ao autor

Todos os relatórios referentes ao processo de validação e adaptação transcultural da *National Emergency Department Overcrowding Score* (NEDOCS) foram enviados ao autor da escala, via e-mail.

3.4 Edital acordo CAPES/COFEN 27/2016

Este estudo está inserido no Projeto “Pesquisa e intervenção em Enfermagem: Sistematização da Assistência de Enfermagem para fortalecimento da Rede de Saúde de São Leopoldo/RS” (PISAE-SL), vinculado ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Enfermagem, da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS.

O PISAE foi contemplado no Edital Acordo CAPES/COFEN 27/2016. O programa visa a qualificação da assistência de enfermagem através de uma sistematização eficaz, valorizando o potencial da participação do enfermeiro na

melhoria dos processos assistenciais. (BRASIL, 2018b).

3.5 Aspectos éticos

Os aspectos éticos deste projeto de estudo estão baseados na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. (BRASIL, 2013b). O estudo foi aprovado pela Coordenação de Pesquisa do hospital Centenário através de carta de anuência (ANEXO B) e pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UNISINOS através do número 03657718.5.0000.5344 (ANEXO D).

Para a realização do processo de tradução transcultural da escala *National Emergency Department Overcrowding Score* (NEDOCS) obteve-se autorização do autor (ANEXO C).

Aos participantes no serviço em estudo foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) presentes nos formulários eletrônicos do Google Forms (APÊNDICE H, J e K), cujo sigilo de dados e identidade dos participantes serão garantidos.

Os dados serão armazenados sob a responsabilidade do pesquisador durante 5 anos e, ao final do período, serão descartados de forma segura.

4. RESULTADOS

As dúvidas que surgiram durante o comitê de especialistas, bem como as respostas provenientes do autor da escala Dr. Steven Weiss, estão dispostas no quadro abaixo:

Quadro 1 – Dúvidas quanto às variáveis e respectivas respostas do autor da escala, 2019.

Variável (V) / Dúvida (D)	Respostas do autor
<p>V: acomodações no Serviço de Emergência (formais e informais).</p> <p>D: qual o número de leitos do SE que devem ser considerados?</p>	<p>Todas as acomodações (formais e informais) onde os pacientes podem e/ou estão sendo atendidos, tais como camas, macas, cadeiras e poltronas.</p>
<p>V: número de leitos (oficiais) do hospital destinados ao Serviço de Emergência.</p> <p>D: quais leitos do hospital devem ser considerados? Considerar os leitos ocupados?</p>	<p>Devem ser considerados os leitos ocupados e vagos, distinguindo leitos adultos e pediátricos. Os leitos utilizados são os oficiais, servindo como um marcador para o tamanho do hospital.</p>
<p>V: número total de pacientes em atendimento no Serviço de Emergência.</p> <p>D: quais pacientes considerar? Os “internados” no SE? Também considerar os pacientes que aguardam a classificação de risco?</p>	<p>Considerar todos os que estão em atendimento. Pacientes que aguardam a classificação de risco, por exemplo, somente serão considerados após o primeiro atendimento.</p>
<p>V: maior tempo de permanência de um paciente com prescrição de internação no Serviço de Emergência (em horas).</p> <p>D: como deve ser pontuado o maior tempo de permanência dos pacientes com prescrição de internação?</p>	<p>Deve ser considerado o número de horas do paciente que está com prescrição de internação há mais tempo no SE, aguardando leito em unidades de internação, de terapia intensiva, entre outros. Se este paciente continuar aguardando o leito em outros turnos de aplicação da escala, o número de horas aumenta de forma subsequente.</p>
<p>V: tempo de espera aguardado pelo último paciente de maior risco, para o primeiro atendimento médico (em horas).</p> <p>D: qual o critério para escolha do paciente? Como deve ser pontuada esta variável?</p>	<p>Informar o tempo para o primeiro atendimento médico, levando em consideração o último paciente classificado como o mais grave até o momento da aplicação da escala.</p>

Foi questionado ao Dr. Steven Weiss sobre o valor máximo da escala (perigosamente superlotado = 200) uma vez que, devido a diferença entre os modelos de SE dos países, o conceito de superlotação pode ser variável. A recomendação do autor é que seja trabalhado no intervalo de 0 a 200, conforme a escala original e, caso seja necessário o reajuste, que se utilize um valor de correção (exemplo: multiplicando o valor final por 0,5 ou 0,7) para poder deslizar a escala e trabalhar no intervalo recomendado. As instituições hospitalares, em algumas situações, apresentam seus critérios de superlotação definidos (mediante protocolos de restrição) e, diante disso, pode-se utilizar o fator de correção de modo a traçar um limiar para trabalhar na escala NEDOCS. Ao utilizar o fator de correção para traçar o limite de superlotação na pontuação à partir de 101 (Superlotado), partindo de valores limítrofes das variáveis da escala, pode-se flexibilizar a escala NEDOCS de maneira a tornar-se útil para análise das variáveis conforme os critérios de superlotação pré-definidos. Devido ao pré-teste ter sido realizado em diferentes SE, a fim de padronização foi utilizado o fator de correção de 0,5.

O cálculo do IVC, para realização da validação de conteúdo da VTP através do formulário eletrônico (APÊNDICE H), foi realizado conforme a fórmula:

$$IVC = \frac{\text{Número de respostas 3 e 4}}{\text{Número total de respostas}}$$

Para verificar a validade do novo instrumento, observou-se a recomendação de Polit e Beck (2006), considerando uma taxa mínima aceitável de 0,90, a partir da soma do número de respostas “claro” e “muito claro”, dividido pelo número total de respostas (n= 42) conforme apresentado na tabela 1:

Tabela 1 – Caracterização dos profissionais que realizaram a validação através do IVC, segundo profissão e instituição em que atuam, 2019.

Profissão / Instituição	n=42
Profissão – n (%)	
Enfermeiro	38 (90,5)
Médico	2 (4,8)
Administrador hospitalar	1 (2,4)
Fisioterapeuta	1 (2,4)
Instituições – n (%)	
Filantrópica e/ou conveniada ao SUS	16 (38,0)
Privada	13 (31,0)
Pública	13 (31,0)

Obeve-se um número de 42 respostas no preenchimento do formulário (APÊNDICE H), com relação às variáveis, sendo 38 (90,5%) enfermeiros, 2 (4,8%) médicos, 1 (2,4%) administrador hospitalar e 1 (2,4%) fisioterapeuta. Das instituições hospitalares, 38,0% (16) dos profissionais atuavam em instituições filantrópicas e/ou conveniadas ao SUS, 31,0% (13) atuavam em instituições privadas e 31,0% (13) atuavam em instituições públicas.

A tabela 2 representa o IVC realizado pelos 42 profissionais que responderam o formulário:

Tabela 2 – Índice de Validade de Conteúdo para as traduções das variáveis da escala, 2019.

Variável / Respostas	n=42	IVC
1ª Variável – Total patients in ED – n (%)		0,90
1. Não claro	0 (0)	
2. Pouco claro	4 (9,5)	
3. Claro	9 (21,4)	
4. Muito claro	29 (69)	
2ª Variável – ED beds – n (%)		0,95
1. Não claro	0 (0)	
2. Pouco claro	2 (4,7)	
3. Claro	12 (28,6)	
4. Muito claro	28 (66,7)	
3ª Variável – Admits – n (%)		0,98
1. Não claro	0 (0)	
2. Pouco claro	1 (2,4)	
3. Claro	12 (28,6)	
4. Muito claro	29 (69)	
4ª Variável – Total hospital beds – n (%)		0,95
1. Não claro	0 (0)	
2. Pouco claro	2 (4,8)	
3. Claro	19 (45,2)	
4. Muito claro	21 (50)	
5ª Variável – Vent patients in ED – n (%)		0,98
1. Não claro	0 (0)	
2. Pouco claro	1 (2,4)	
3. Claro	10 (23,8)	
4. Muito claro	31 (73,8)	
6ª Variável – Longest admit – n (%)		0,95
1. Não claro	0 (0)	
2. Pouco claro	2 (4,8)	
3. Claro	21 (50)	
4. Muito claro	19 (45,2)	
7ª Variável – Hrs longest wait – n (%)		0,90
1. Não claro	0 (0)	

2. Pouco claro	4 (9,5)	
3. Claro	23 (54,8)	
4. Muito claro	15 (35,7)	
Legenda – n (%)		0,95
1. Não claro	0 (0)	
2. Pouco claro	2 (4,8)	
3. Claro	14 (33,3)	
4. Muito claro	26 (61,9)	

Com relação a etapa de pré-teste, no cenário principal do estudo (Hospital Centenário) totalizaram-se 36 aplicações durante o período de doze dias, sendo 3 por um profissional do Núcleo Interno de Regulação (NIR) da instituição, 2 por um colaborador enfermeiro que aceitou realizar a aplicação e as demais pelo próprio pesquisador:

Tabela 3 - Aplicações da escala NEDOCS no hospital Centenário conforme turno e profissão, 2019.

Turno / Profissão	n=36
Turno – n (%)	
Manhã	11 (30,6)
Tarde	12 (33,3)
Noite	13 (36,1)
Profissão – n (%)	
Enfermeiro	33 (91,7)
Apoio à gestão NIR	3 (8,3)

Para atender o número mínimo de aplicações (30 a 40) recomendadas pelo método de adaptação transcultural utilizado, totalizaram-se 71 aplicações do pré-teste em diversos SE do Brasil, por 37 profissionais distintos, gerando uma média de aproximadamente 2 aplicações por profissional, em diferentes turnos. O formulário foi encaminhado via aplicativo multiplataforma de mensagens instantâneas para smartphones e e-mail.

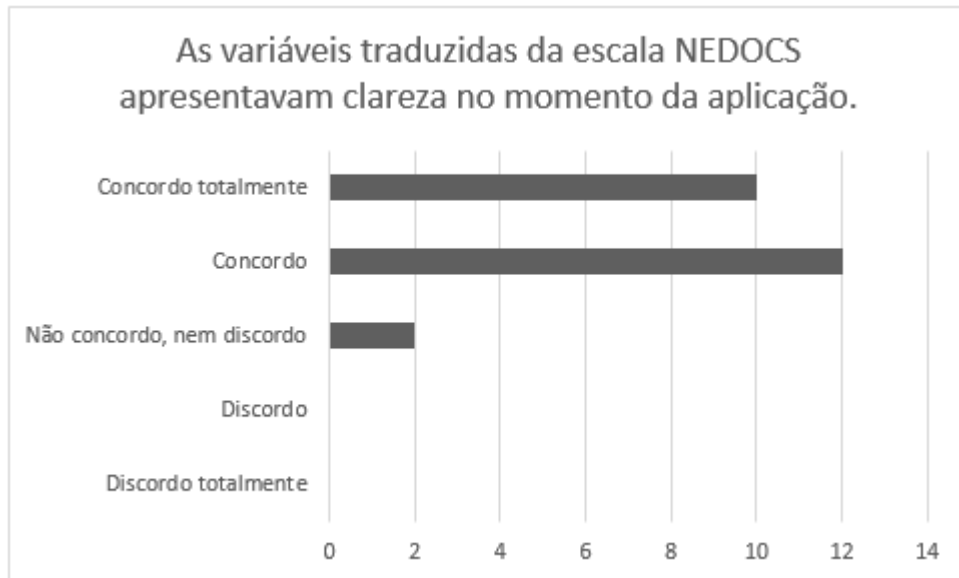
Tabela 4 – Caracterização das aplicações da escala NEDOCS nos SE em geral, 2019.

Turno / Profissão / Instituições	n=71
Turno – n (%)	
Manhã	13 (18,3)
Tarde	17 (23,9)
Noite	41 (57,7)
Profissão – n (%)	
Enfermeiro	67 (94,4)
Fisioterapeuta	1 (1,4)
Médico	2 (2,8)

Técnico de Enfermagem	1 (1,4)
Instituições – n (%)	
Filantrópica e/ou conveniada ao SUS	46 (64,8)
Privada	13 (18,3)
Pública	12 (16,9)

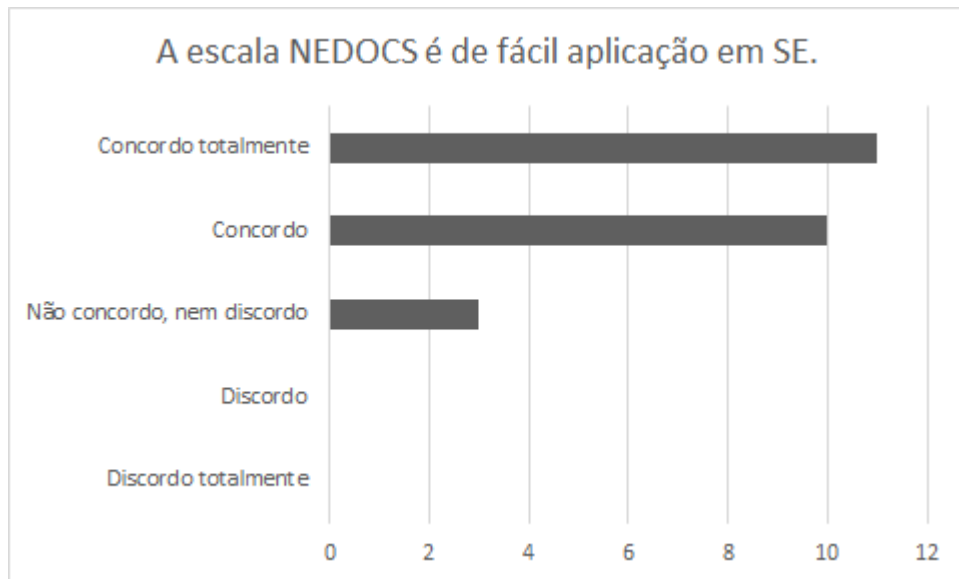
Quanto as opiniões dos profissionais que realizaram a aplicação da escala, as mesmas foram avaliadas através de escala *Likert* de 5 níveis enviadas via e-mail. Obteve-se o retorno de 24 profissionais, com suas respectivas respostas demonstradas nos gráficos a seguir.

Gráfico 1 – Opinião dos profissionais quanto a clareza das variáveis traduzidas da escala NEDOCS, 2019.



Fonte: elaborado pelo autor.

Gráfico 2 – Opinião dos profissionais quanto à facilidade na aplicação da escala NEDOCS em SE, 2019.



Fonte: elaborado pelo autor.

4.1 Análise estatística

Para realização do cálculo da escala NEDOCS, a partir das aplicações realizadas nos SE, foi utilizada uma fórmula baseada no nomograma de modelo reduzido presente no estudo de Weiss et al. (2004), conforme Skinner (2016).

$$NEDOCS = -20 + 85.8 * (Total\ patients/ED\ Beds) + 600 * (Admits/Hospital\ Beds) + 13.4 * (ventilators) + .93 * (longest\ Admits) + 5.64 * (Last\ Bed\ Time).$$

As variáveis foram descritas por frequências absolutas e relativas, e associadas pelo teste Qui-quadrado em conjunto com a análise dos resíduos ajustados. Para avaliar a associação entre as variáveis da escala NEDOCS, o coeficiente de correlação de Spearman foi aplicado. Para avaliar a consistência interna da escala, o coeficiente Alfa de Cronbach foi utilizado. O nível de significância adotado foi de 5% e as análises foram realizadas no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21.0.

Quando agrupadas as respostas dos hospitais, e avaliadas as associações entre os itens da escala, percebe-se que o “Número de leitos (oficiais) do hospital destinados ao Serviço de Emergência” não se associou positivamente e significativamente com praticamente todas as variáveis da escala, exceto “Total de pacientes com prescrição de internação no Serviço de Emergência”. Além disso,

Serviço de Emergência (em horas) (6)

Tempo de espera aguardado pelo último paciente de maior risco, para o primeiro atendimento médico (em horas) (7)

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

A associação das variáveis com a classificação da escala NEDOCS está apresentada na tabela 6:

Tabela 6 – Associação das variáveis com a classificação da escala NEDOCS, 2019.

Variáveis	Amostra total (n=107)	Ocupado (n=9)	Extremamente ocupado, mas não superlotado (n=19)	Superlotado (n=25)	Severamente superlotado (n=12)	Perigosamente superlotado (n=42)	P
Hospital – n(%)							<0,001
Centenário	36 (33,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	36 (100)*	
Outros	71 (66,4)	9 (12,7)*	19 (26,8)*	25 (35,2)*	12 (16,9)*	6 (8,5)	
Turno – n (%)							<0,001
Manhã	24 (22,4)	2 (8,3)	2 (8,3)	3 (12,5)	1 (4,2)	16 (66,7)*	
Tarde	29 (27,1)	0 (0,0)	2 (6,9)	6 (20,7)	8 (27,6)*	13 (44,8)	
Noite	54 (50,5)	7 (13,0)	15 (27,8)*	16 (29,6)	3 (5,6)	13 (24,1)	
Profissão – n (%)							0,177
Apoio a gestão NIR	3 (2,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (100)	
Enfermeiro	100 (93,5)	8 (8,0)	18 (18,0)	25 (25,0)	11 (11,0)	38 (38,0)	
Fisioterapeuta	1 (0,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100)	0 (0,0)	
Médico	2 (1,9)	1 (50,0)	1 (50,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Técnico de	1 (0,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100)	
Enfermagem Instituições em que atua – n (%)							<0,001
Filantrópica e/ou conveniada ao SUS	41 (38,3)	5 (12,2)	11 (26,8)	19 (46,3)*	6 (14,6)	0 (0,0)	
Privada	13 (12,1)	0 (0,0)	2 (15,4)	5 (38,5)	5 (38,5)*	1 (7,7)	
Pública	48 (44,9)	2 (4,2)	3 (6,3)	1 (2,1)	1 (2,1)	41 (85,4)*	
Outros	5 (4,7)	2 (40,0)*	3 (60,0)*	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	

* associação estatisticamente significativa pelo teste dos resíduos ajustados a 5% de significância

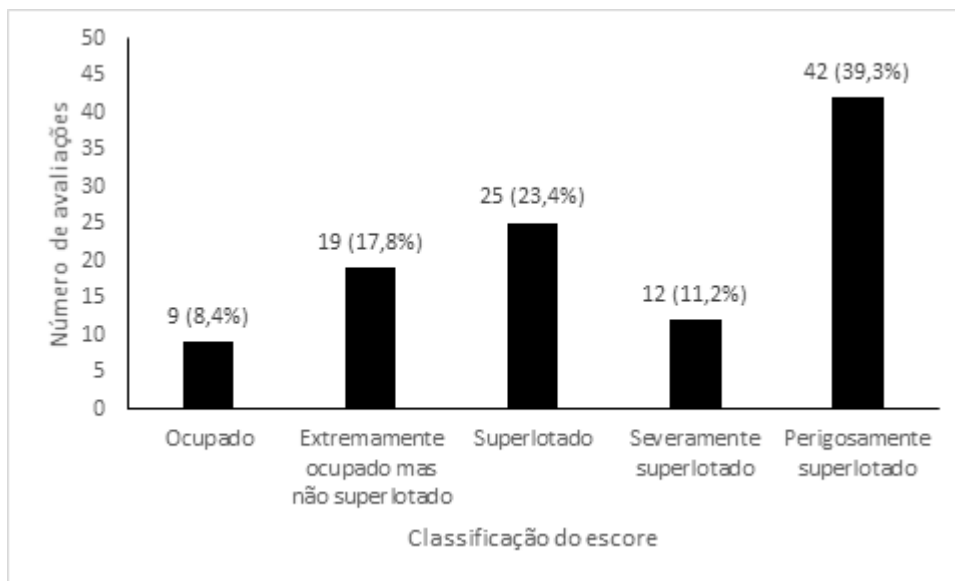
Houve associação estatisticamente significativa entre o tipo de hospital e a mensuração dos níveis de superlotação pela escala NEDOCS ($p < 0,001$), sendo que o hospital Centenário apresentou significativamente maior percentagem da classificação máxima (acima de 180) quando comparado aos outros hospitais. Também houve associação estatisticamente significativa entre o turno e os níveis de superlotação ($p < 0,001$), onde o turno da manhã apresentou, significativamente, maior percentagem da classificação máxima e o turno da tarde apresentou maior percentagem da classificação “severamente superlotada” quando comparado aos demais. O turno da noite apresentou significativamente maior percentagem na

classificação “extremamente ocupado, mas não superlotado”.

Por fim, houve associação significativa com o tipo de instituição ($p < 0,001$), sendo que as instituições públicas apresentaram significativamente maior percentagem da classificação “perigosamente superlotado” quando comparadas com as demais. As instituições filantrópicas e privadas apresentaram significativamente maior proporção na classificação “superlotado”, “severamente superlotado” e sem superlotação (ocupado e extremamente ocupado, mas não superlotado), respectivamente, quando comparadas com as demais.

O maior percentual das avaliações foi na classificação “perigosamente superlotado”, apresentando o nível máximo em 42 das aplicações, conforme o gráfico 3:

Gráfico 3 - Classificação dos níveis de lotação dos Serviços de Emergência (baseado no escore 0,5), 2019.



Fonte: elaborado pelo autor.

No hospital Centenário, obteve-se em todas as aplicações realizadas no intervalo de 12 dias a pontuação máxima de 200 (perigosamente superlotado), tendo em vista que, um paciente permanecia internado há 25 dias (desde o primeiro dia da aplicação da escala) aguardando a realização de uma colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CRPE) e demandando cuidados mínimos. Segundo informações colhidas, o paciente já havia permanecido em outro SE hospitalar por um período de 30 dias aguardando a realização do exame, e havia sido transferido para o SE do hospital Centenário por decisão médica. O relato da equipe assistencial do

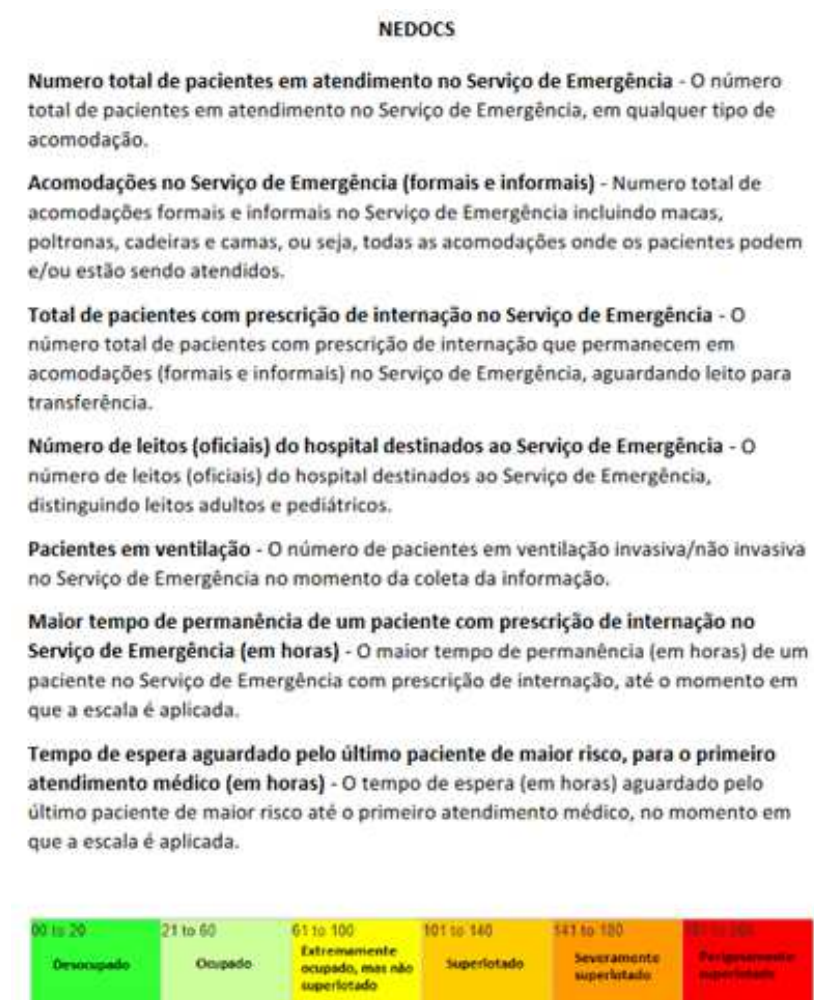
hospital é de que situações como esta são comuns pois, enquanto o paciente permanece com prescrição de internação no SE, a realização do exame ocorre de forma mais rápida do que a eletiva. Ao terceiro dia de aplicação da escala, segundo informações do paciente, havia um mandado judicial para realização do exame tendo em vista o tempo de internação prolongado e a necessidade de extração de cálculo de vias biliares.

O tempo de permanência deste paciente demonstrou um impacto importante na pontuação final da escala NEDOCS, pois a variável “maior tempo de permanência de um paciente com prescrição de internação no Serviço de Emergência (em horas)” aumentou de forma subsequente ao longo das aplicações. Por conseguinte, pode-se concluir que a permanência elevada no SE devido à demora na realização de exames específicos como a CPRE, compromete a qualidade da assistência prestada pois há a ocupação de um leito que poderia ser disponibilizado a pacientes com níveis de complexidade maiores.

5 CARACTERIZAÇÃO E DESCRIÇÃO DO PRODUTO

O produto desenvolvido consiste na adaptação transcultural da escala *National Emergency Department Overcrowding Score* (NEDOCS) para uso no Brasil. O instrumento traduzido pode ser utilizado em Serviços de Emergência visando a melhoria nos processos gerenciais, qualificando a assistência e fornecendo indicadores em saúde.

Figura 5 – Versão final em português da escala NEDOCS



Fonte: elaborado pelo autor.

A utilização da ferramenta em gestão dos SE visando a melhoria dos fluxos assistenciais, faz parte do processo de trabalho do Enfermeiro de maneira sistematizada, onde pode-se citar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) como a metodologia de trabalho precursora em organização de serviços de saúde.

6 APLICABILIDADE NA ÁREA DA SAÚDE

A escala NEDOCS serve como ferramenta para análise de indicadores em gestão nos SE hospitalares possibilitando, através da avaliação de suas variáveis, identificar a superlotação e adotar medidas de redução da pontuação, com conseqüente melhoria do desfecho com relação aos níveis de lotação nos serviços.

Torna-se possível a criação de um *website* e/ou de aplicativo para *smartphones* visando uma aplicação mais prática da escala. A escala também pode ser utilizada em ferramentas digitais de avaliação, servindo como um alerta para o monitoramento dos níveis de lotação dos SE.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de adaptação transcultural traz credibilidade à ferramenta, garantindo que a sua utilização seja realizada de maneira correta conforme recomendação do autor da escala.

Como limitações do estudo, evidenciou-se a baixa adesão dos profissionais do cenário principal de estudo para realização das aplicações, justificada especialmente pela sobrecarga de trabalho no Serviço de Emergência.

A escala NEDOCS possibilita ao profissional gestor o monitoramento da situação atual da lotação dos Serviços de Emergência, facilitando o planejamento para melhoria dos fluxos e redução dos tempos de permanência no serviço.

REFERÊNCIAS

AHALT, Virginia et al. Comparison of emergency department crowding scores: a discrete-event simulation approach. **Health Care Management Science**, Bussum, v. 21, n.1, p.144–155. Mar. 2016. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10729-016-9385-z>>. Acesso em: 10 Out. 2018. <http://doi.org/10.1007/s10729-016-9385-z>.

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). Measure Summary NQMC-6113- Emergency department (ED): median time from ED arrival to time of departure from the emergency room for pacientes admitted to the facility from the ED. **National Quality Measures Clearinghouse**. Rockville, MD, USA, 2012. Disponível em: <http://qualitymeasures.arhq.gov/content.aspx?id=27433&search=emergency+depart+ment>. Acesso em: 28 de agosto de 2018.

ALEXANDRE, Neusa Maria Costa; COLUCI, Marina Zambon Orpinelli. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, Jul. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 Nov. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006>.

ALMEIDA, Adriana C. Et al. Do imaginário normativo a realidade da Rede de Atenção às Urgências. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 48, n. 6, p. 557-572, 2015. Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br/2015/vol48n6/AO5-Do-imaginario-normativo-a-realidade-da-RAU.pdf>>. Acesso em: 10 Out. 2018.

ALPÍZAR, Consuelo Cubero. Los sistemas de triage: respuesta a la saturación en las salas de urgencias. **Enfermería Actual de Costa Rica (on line)**, Universidad de Costa Rica, [s.l.], n. 27, p.1-2, Out. 2014. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44832162008>> <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i27.16145>.

ANNEVELD, Martijn et al. Measuring emergency department crowding in an inner city hospital in The Netherlands. **Int J Emerg Med**, London, v. 6, n. 1, p. 21-23, Jul. 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3711920/>>. Acesso em: 10 Out. 2018. <http://dx.doi.org/10.1186/1865-1380-6-21>.

BAGGIO, Maria Aparecida; CALLEGARO, Giovana Dorneles; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Relações de "não cuidado" de enfermagem em uma emergência: que cuidado é esse?. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 116-123, Mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000100017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 Nov. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000100017>.

BEATON, Dorcas E. et al. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. **Spine**, [s.l.], v. 25, n. 24, p.3186-3191, dez. 2000. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014>. Acesso em: 07 Out. 2018.

BIERNARCKI, P.; WALDORF, D. Snowball sampling-problems and techniques of chain referral sampling. *Sociological Methods and Research* v. 10, n. 2, p. 141-163, Novembro de 1981.

BITTENCOURT, Roberto Jose. *A superlotação dos serviços de emergência hospitalar como evidência de baixa efetividade organizacional*. 2010. 152 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – **Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca**, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2568/1/ENSP_Tese_Bittencourt_Roberto_Jos%C3%A9.pdf>. Acesso em: 3 Out. 2018.

BITTENCOURT, Roberto José; HORTALE, Virginia Alonso. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1439-1454, Jul. 2009. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000700002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em:19 Nov. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000700002>.

BRASIL. **Portaria nº 206** de 4 de setembro de 2018 – Dispõe sobre obrigatoriedade de citação da CAPES. Diário oficial da União, 2018b.

BRASIL. **Portaria nº 3.390**, de 30 de dezembro de 2013 – Estabelece a Política Nacional de Atenção Hospitalar no âmbito do Sistema único de saúde estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto reduz superlotação nas emergências dos hospitais**. 2018. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/43478-ministerio-da-saude-apresenta-resultados-de-projeto-que-reduzem-superlotacao-nas-emergencias-de-hospitais-publicos>. Acesso em: 15 de setembro de 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União; 2011a.

BRASIL. **Portaria nº 1,601**, de 07 de julho de 2011 – Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.922**, de 2 de dezembro de 2008. Estabelece diretrizes para o fortalecimento e implementação do componente de “Organização de redes loco-regionais de atenção integral às urgências” da Política Nacional de Atenção às Urgências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 03 dez. 2008. p. 66.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. **Manual de implantação e implementação: núcleo interno de regulação para Hospitais Gerais e Especializados** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 57 p.

CANOA, Jenny Amparo Castro et al. **Escala Nedocs para medir congestion en urgencias: estudio de validación en Colombia**. Universidad del Rosario, facultad de medicina, Bogota d.c., nov. de 2010.

CASTRO, Danielly Alves L.; CAIXETA, Josane Alves. Sistematização da assistência de enfermagem: importância no processo de implantação nos hospitais do Brasil. **Conferência internacional de estratégia em gestão, educação e sistemas de informação (CEGESI)**, Goiânia, v. 1, n. 1, p. 707-17, Jun. 2012. Disponível em: <<https://www.anais.ueg.br/index.php/ciegesi/article/view/1163>>. Acesso em: 25 de maio de 2019.

CASSETTARI, Sonia da Silva Reis; MELLO, Ana Lúcia Schaefer Ferreira. Demanda e tipo de atendimento realizado em unidades de pronto atendimento do município de Florianópolis, Brasil. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 26, n. 1, e3400015, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000100308&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 06 de setembro de 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017003400015>.

COELHO, Mônica Franco. **Caracterização dos atendimentos de urgência clínica em um hospital de ensino**. 2009. 80 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução nº 358** de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas Instituições de Saúde Brasileiras. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Enfermagem; 2009.

COOKE, Mathew et al. Reducing attendances and waits in emergency departments. A systematic review of innovations. Report to the national coordinating centre for NHS Service Delivery and Organisation R&D (NCCSDO). 2005, **SDO**, London. Disponível em: <http://www.netscc.ac.uk/netscc/hsdr/files/project/SDO_ES_08-1204-029_V01.pdf>. Acesso em: 22 Nov. 2018.

DATASUS. **Informações de Saúde (TABNET)**. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/datasus/index.php?area=02>. Acesso em 25 de julho de 2019.

ERGIN, Mehmet et al. An overcrowding measurement study in the adult emergency department of Gazi University Hospital, using the National Emergency Departments Overcrowding Study (NEDOCS) Scale. **JAEM**, Ankara, v. 10, n. 2, p. 60-64, Jun 2011. Disponível em: <<https://search.proquest.com/openview/a7b8ca298be801cfd73cbb3a0d77857a/1?pq>>

-origsite=gscholar&cbl=376320>. Acesso em: 10 Nov. 2018.
<http://dx.doi.org/10.5152/jaem.2011.013>

FERNANDES, Manfrini et al. As expressões da arte em enfermagem no ensino e no cuidado em saúde: estudo bibliométrico. **Texto & Contexto Enfermagem** [on line], Florianópolis, v. 20, n. 1, p.167-74, Jan./Fev. 2011. Disponível em:
 <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71419103020>>. Acesso em: 10 Nov. 2018.

FORERO, Roberto; HILLMAN, Ken. **Access block and overcrowding: a literature review**. Prepared for the Australasian College for Emergency Medicine (ACEM) Dr.". USNSW, 2008.

GILLIGAN, P et al. The Boarders in the Emergency Department (BED) study. **Emergency Medicine Journal**, [s.l.], v. 25, n. 5, p.265-269, 1 maio 2008. BMJ.
<http://dx.doi.org/10.1136/emj.2007.048173>.

GIUNTA, Diego Hernán et al. Descripción de las características del fenómeno Crowding en la Central de Emergencia de Adultos, en un hospital universitario de alta complejidad: estudio de cohorte retrospectiva. **Rev. méd. Chile**, Santiago, v. 145, n. 5, p. 557-563, mai. 2017. Disponível em:
 <https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872017000500001&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 14 de agosto de 2018. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872017000500001>.

GRABOIS, Victor; BITTENCOURT, Roberto. 2014. Superlotação dos serviços de emergência. **Segurança do Paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde**, [s.l.], p.297-315, 2014. Editora FIOCRUZ.
<http://dx.doi.org/10.7476/9788575415955.016>.

GUEDES, Adriana Cecel et al. Diagnósticos de enfermagem em uma unidade de pronto-socorro pediátrico. **Pediatria Moderna**, São Paulo, v. 49, n. 7, p. 263-268, Jul. 2013. Disponível em:
http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5420. Acesso em: 06 mai. 2018.

JOHNSON, Kimberly D.; WINKELMAN, Chris. The effect of emergency department crowding on patient outcomes: a literature review. **Adv. Emerg. nurs. j.**, Philadelphia, v. 33, n. 1, p. 39–54, Jan./Mar. 2011. Disponível em:
 <<http://insights.ovid.com/pubmed?pmid=21317697>>. Acesso em: 18 Out. 2018.
<http://doi.org/10.1097/TME.0b013e318207e86a>.

KONDER, Mariana Teixeira; O'DWYER, Gisele. As Unidades de Pronto-Atendimento na Política Nacional de Atenção às Urgências. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 525-545, jun. 2015. Disponível em:
 <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000200525&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 nov. 2018.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000200011>.

KULSTAD, Erik B. Et al. ED overcrowding is associated with an increased frequency of medication errors. **Am J Emerg Med**, Philadelphia, v. 28, n. 3, p. 304-309, Mar. 2010. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0735->

6757(08)00831-0>. Acesso em: 18 Out. 2018.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ajem.2008.12.014>.

LINDEN, M.christien van Der et al. A different crowd, a different crowding level? The predefined thresholds of crowding scales may not be optimal for all emergency departments. **International Emergency Nursing**, [s.l.], v. 41, p.25-30, nov. 2018. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ienj.2018.05.004>.

LOWTHIAN, Judy A. Et al. Systematic review of trends in emergency department attendances: an Australian perspective. **Emerg Med J.**, London, v. 28, n. 5, p. 373–377, May. 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20961936>>. Acesso em: 18 Out. 2018.<http://dx.doi.org/10.1136/emj.2010.099226>.

MACHADO, Cristiani Vieira; SALVADOR, Fernanda Gonçalves Ferreira; O'DWYER, Gisele. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 519-528, Jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000300010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 de agosto de 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000022>.

MAHMOODIAN, Farzad; EQTESADI, Razie; GHAREGHANI, Atefe. Waiting Times in Emergency Department After Using the Emergency Severity Index Triage Tool. **Archives of Trauma Research**, Kashan, v. 3, n. 4, e19507, Nov. 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4329231/>>. Acesso em: 18 Out. 2018. <http://dx.doi.org/10.5812/at.19507>.

MARCOS, Ana Cláudia Andrade; OLIVEIRA, Jaqueline Lemos de; SOUZA, Jacqueline de. Perception of the nursing team and the systematization of nursing care in a psychiatric emergency service. **Reme** (on line), Belo Horizonte, v. 20, e961, 2016. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1096>>. <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20160031>.

MARIA, Monica Antonio; QUADROS, Fátima Alice Aguiar; GRASSI, Maria de Fátima Oliveira. Sistematização da assistência de enfermagem em serviços de urgência e emergência: viabilidade de implantação. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 65, n. 2, p. 297-303, abr. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000200015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 jul. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000200015>.

MASSARO, Isis Aparecida Cunácia, MASSARO, Altair. O Uso do KAN BAN na Gestão do Cuidado: Superando Limites. **Rev. Adm. Saúde**, São Paulo, v. 17, n. 66, Jan./Mar. 2017. Disponível em: <<http://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/14/27>>. Acesso em: 18 Nov. 2018.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Organização Pan- Americana de Saúde, Organização Mundial de Saúde, Conselho Nacional dos Secretários de Saúde; 2011.

O'DWYER, Gisele et al. O processo de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: estratégias de ação e dimensões estruturais. **Cad.**

Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 33, n. 7, e00043716, 2017a. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000705010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 de julho de 2018. Epub Aug 07, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00043716>.

O'DWYER, Gisele et al. O processo de implantação das unidades de pronto atendimento no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, p.25-35, dez. 2017b. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000072.pdf>. Acesso em: 17 Out. 2018. <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051000072>.

OLIVEIRA, Antonio Claudio de. Modelos de organização de serviços de urgência: uma revisão de literatura. **Projeto de Apoio ao Desenvolvimento de Sistemas Regionais de Atenção Integrada à Saúde / Regiões de Saúde (PROADI-SUS)**, 2014. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/04/7-Revisao-Urgencias.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2018.

OLIVEIRA, Gabriela Silva et al. Superlotação das urgências e estratégias de gestão da crise: uma revisão da literatura. **Ciências Biológicas e da Saúde Unit.**, Aracajú, v. 4, n. 2, p. 115-126, Out. 2017. Disponível em: <<https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernobiologicas/article/view/4596>>. Acesso em: 18 Nov. 2018.

ORAY, Nese Colak et al. A New Model in Reducing Emergency Department Crowding: The Electronic Blockage System. **Turkish Journal Of Emergency Medicine**, [s.l.], v. 14, n. 2, p.64-70, jun. 2014. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.5505/1304.7361.2014.13285>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial de Saúde 2008 – Cuidados de Saúde Primários - Agora Mais Que Nunca** [online]. Brasília; 2008. Disponível em: http://www.acs.minsaude.pt/files/2009/06/rms08_agoramaisquenunca.pdf. Acesso em: 14 de agosto de 2018.

PENEDO, Rafaela Mossarelli; SPIRI, Wilza Carla. Significado da Sistematização da Assistência de Enfermagem para enfermeiros gerentes. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 86-92, Feb. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000100016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 Nov. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400016>.

PEREIRA JUNIOR, Gerson Alves et al. O Ensino de Urgência e Emergência de acordo com as novas Diretrizes Curriculares Nacionais e a Lei do Mais Médicos. **Cadernos ABEM**, Brasília, v. 1, p. 20-47, Out. 2015.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano. The content validity index: Are you sure you know what's being reported? critique and recommendations. **Research In Nursing & Health**, [s.l.], v. 29, n. 5, p.489-497, 2006. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/nur.20147>.

RIBEIRO, Ana Carolina Ribeiro da Silva Carolina; REIS, Sílvia Araújo dos Reis Araújo; SANTOS, Patrícia Guarnieri dos Santos Guarnieri. Gestão pública hospitalar:

um estudo de caso do serviço de urgência e emergência de um hospital de grande porte do Distrito Federal. **Revista Gestão Industrial**, Ponta Grossa, v. 13, n. 4, p.1-25, jan. 2018. Universidade Tecnológica Federal do Paraná (UTFPR). <http://dx.doi.org/10.3895/gi.v13n4.7447>.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da saúde. **Resolução nº367/17**. Aprova a justificativa do gestor estadual, segundo a Resolução CIT nº 10/2016, em resposta a Pendência nº 002/2017 AVC – CGAE/DAET/SAS/MS, para a habilitação Hospital São Vicente de Paulo de Cruz Alta como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com AVC. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170845/17144521-cibr367-17.pdf> Acesso em: 06 Out. 2018.

ROMERO, Maurício Garcia et al. NEDOCs vs subjective evaluation, ¿Is the health personnel of the emergency department aware of its overcrowding?. **Colomb Med**, Cali, v. 48, n. 2, p. 53-57, Apr-Jun 2017. Disponível em: <<http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/2131/3295>>. Acesso em: 05 Nov. 2018.

RONCALLI, Aline Alves et al. Protocolo de manchester e população usuária na classificação de risco: visão do enfermeiro. **Rev. baiana enferm.**, Salvador, v. 31, n. 2, e16949, 2017. Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-86502017000200305&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 jul. 2018. <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v31i2.16949>.

SANTOS, Wenysson Noletto dos. Sistematização da assistência de enfermagem: o contexto histórico, o processo e obstáculos da implantação. **J Manag Prim Health Care**, São Paulo, v. 5, n.2, p. 153-158, 2014. Disponível em: <<http://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/210>>. Acesso em: 18 Out. 2018.

SKINNER, Jeffrey. Forecasting Emergency Department Overcrowding. **SPNHA Review**, Allendale, v. 12, n. 1, p. 96-109, 2016. Disponível em: <http://scholarworks.gvsu.edu/spnhareview/vol12/iss1/8>. Acesso em: 22 Ago. 2018.

SOARES, Mirelle Inácio et al. Systematization of nursing care: challenges and features to nurses in the care management. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 47-53, Mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000100047&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 Nov. 2018. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150007>.

SOARES. Vinícius Sabedot. Análise dos Núcleos Internos de Regulação hospitalares de uma capital. **Einstein**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 339-343, Jul./Sep. 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5823049/>> Acesso em: 19 Nov. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1679-45082017GS3878>

SOUSA, Filipe da Silva et al. Avaliação do grau de superlotação de serviço hospitalar de urgência. **Rev Enferm UFPI**, Piauí, v. 7, n. 2, p.41-45, Abr./Jun. 2018. Disponível em: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/6716/pdf>. Acesso em: 18 de outubro de 2018. <https://doi.org/10.26694/2238-7234.7241-45>

SPRIVULIS, Peter C. et al. The association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western Australian emergency departments. **Med J Aust.**, Sidney, v. 184, n. 5, p. 208–212, Mar. 2006. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16515429>>. Acesso em: 19 Nov. 2018

STREINER, David L.; NORMAN, Geoffrey R.; CAIRNEY, John. **Health Measurement Scales: A practical guide to their development and use.** 5th ed. New York: Oxford University Press; 2014.

SZURLAN, Jaqueline; GLERIANO, Josué Souza; JUSTI, Jadson. Errare humanum est: fatores que influenciam o erro profissional em saúde. **Revista interdisciplinar de Estudos em Saúde**, Caçador, v.4, n.1, p. 24-38, 2015. Disponível em: <<https://periodicos.uniarp.edu.br/ries/article/view/365/320>>. Acesso em: 18 Out. 2018.

TODISCO, Celestino. Overcrowding and clinical risk in Emergency Departments. A model for the reduction in NEDOCS: preliminary results. **Acta Biomed** [Internet], Foz do Iguaçu, v. 86, n. 2, p. 170-175, Set. 2015. Disponível em: <http://www.mattioli1885journals.com/index.php/actabiomedica/article/view/4007>. Acesso em: 18 Out. 2018.

TUDELA, Pere; MÒDOL, Josep Maria. La saturación en los servicios de urgencias hospitalarios. **Emergencias**, Madrid, v. 27, p. 113-120, 2015. Disponível em: <http://emergencias.portalsemes.org/descargar/la-saturacion-en-los-servicios-de-urgencias-hospitalarios/force_download/>. Acesso em: 19 Nov. 2018.

VINUTO, Juliana. A Amostragem em Bola de Neve na Pesquisa Qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**. Campinas, v. 22, n. 44, p. 203-220, 2014.

WALFORD, Geoffrey; TUCKER, Eric; VISWANATHAN, Madhu. **The SAGE Handbook of Measurement**. London: SAGE Publications Ltd. 2010.

WEISS, Steven J. et al. Estimating the degree of emergency department overcrowding in academic medical centers: results of the National ED Overcrowding Study (NEDOCS). **Acad Emerg Med**, Philadelphia, v 11, n. 1, p. 38-50, Jan. 2004. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/resolve/openurl?genre=article&sid=nlm:pubmed&issn=1069-6563&date=2004&volume=11&issue=1&spage=38>>. Acesso em: 19 Nov. 2018.

WEISS, Steven J. et al. Relationship between the National ED Overcrowding Scale and the number of patients who leave without being seen in an academic ED. **Am J Emerg Med.**, Philadelphia, v. 23, n. 3, p. 288-294, Mai. 2005. Disponível em: [https://www.ajemjournal.com/article/S0735-6757\(05\)00084-7/fulltext](https://www.ajemjournal.com/article/S0735-6757(05)00084-7/fulltext)>. Acesso em: 19 Nov. 2018. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2005.02.034>

ANEXO A – VERSÃO ORIGINAL DA ESCALA NEDOCS

NEDOCS

Total Patients in ED- The number of total patients in the ED at the time the score is calculated. This includes all patients in all areas including waiting patients, Fast Track patients, etc.

ED Beds - The total number of ED beds including hallways, chairs, fast track and other beds that can be used to serve patients at the time the score is calculated.

Admits - The number of holdovers/admits, in the ED, at the time the score is calculated.

Total Hospital Beds - The total number of hospital beds. Most implementations use the number of licensed beds that can be used in case of a disaster.

Vent patients in ED - The number of patients on ventilators/respirators (including BiPAP) in the ED at the time the score is calculated.

Longest Admit boarding time (in ED)- The longest admit holdover/boarding (in hours) at the time the score was calculated (Example: 3.5 = 3 hours 30 minutes).

Hrs longest wait in WR (Last Bed Time) - The wait time (in hours) from arrival to bed for the last patient called for a bed (Example: 1.33 = 1 hour and 20 minutes).

00 to 20 Not busy	21 to 60 Busy	61 to 100 Extremely busy but not overcrowded	101 to 140 Over- crowded	141 to 180 Severely over- crowded	181 to 200- Dangerously over- crowded
-------------------	---------------	---	-----------------------------	---	---

APÊNDICE A - TRADUÇÃO 1 (T1)

NEDOCS

NÚMERO TOTAL DE PACIENTES NO SETOR DE EMERGÊNCIA:

O número total de pacientes no departamento de emergência é calculado no momento da contagem. Isso inclui todos os pacientes em todas as áreas, incluindo pacientes em espera, pacientes de procedimento rápido, etc.

LEITOS NO SETOR DE EMERGÊNCIA: O número total de leitos do setor de emergência, incluindo corredores, cadeiras, leitos de urgência e outros que podem ser usados para tratar pacientes é calculado no momento da contagem.

ADMISSÕES: O número de pacientes em lista de espera e admitidos no setor de emergência é calculado no momento da contagem.

NÚMERO TOTAL DE CAMAS HOSPITALARES: O número total de camas hospitalares. A maioria das implementações usam o número de leitos licenciados que podem ser usados em caso de desastre.

PACIENTES COM RESPIRADOR NO SETOR DE EMERGÊNCIA: O número de pacientes em respiradores/ máscaras de oxigênio (incluindo BiPAP) no setor de emergência é calculado no momento da contagem.

TEMPO MÁXIMO DE PROCEDIMENTO PARA ADMISSÃO (no DE): O tempo máximo de espera para admissão é calculado (em horas) no momento da contagem. (Exemplo: 3.5 = 3 horas 30 minutos)

TEMPO MÁXIMO DE ESPERA EM HORAS NA SALA DE ESPERA (ÚLTIMA CHAMADA PARA ENTRADA): O tempo de espera (EM HORAS) da chegada até o leito – do último paciente a ser chamado para um leito (Exemplo: 1.33 = 1 hora e 20 minutos).

00 to 20	21 to 60	61 to 100	101 to 140	141 to 180	181 to 200
Desocupado	Ocupado	Bastante ocupado mas não superlotado	Superlotado	Severamente superlotado	Perigosamente superlotado

APÊNDICE B - TRADUÇÃO 2 (T2)

NEDOCs

Total de pacientes no setor de emergência- O número total de pacientes no setor de emergência no momento em que a pontuação é calculada.

Leitos de emergência - O número total de leitos de emergência incluindo corredores, cadeiras, urgências e outros leitos que podem ser usados para atender pacientes no momento em que a pontuação é calculada.

Admissões - O número de pacientes em tempo de espera/admitidos no setor de emergência no momento em que a pontuação é calculada.

Leitos Hospitalares totais - O número total de leitos hospitalares. A maioria das implementações usam o número de leitos licenciados que podem ser usados em caso de desastre.

Pacientes em oxigênio no setor de emergência - O número de pacientes em respiradores (incluindo Bipap) no setor de emergência no momento em que a pontuação é calculada.

Maior tempo de espera para admissão no setor de emergência - O maior tempo de espera para admissão (em horas) de um paciente no momento em que a pontuação foi calculada (Exemplo: 3.5 = 3 horas e 30 minutos).

Maior tempo em horas na sala de espera (Tempo do leito final) - O tempo de espera (em horas) desde a chegada até o leito para o último paciente chamado para um leito.

00 to 20	21 to 60	61 to 100	101 to 140	141 to 180	181 to 200
Desocupado	Ocupado	Extremamente ocupado porém não superlotado	Superlotado	Severamente superlotado	Perigosamente superlotado

APÊNDICE C – VERSÃO SÍNTESE EM PORTUGUÊS (VSP)

NEDOCS

Total de pacientes no setor de emergência- O número total de pacientes no setor de emergência no momento em que a pontuação é calculada. Isso inclui todos os pacientes em todas as áreas, incluindo pacientes em espera, pacientes de procedimentos rápidos, etc.

Leitos no setor de emergência - O número total de leitos do setor de emergência incluindo corredores, cadeiras, leitos de urgência e outros que podem ser usados para atender pacientes no momento em que a pontuação é calculada.

Admissões - O número de pacientes em lista de espera / admitidos no setor de emergência no momento em que a pontuação é calculada.

Número total de leitos hospitalares - O número total de leitos hospitalares. A maioria das implementações usam o número de leitos licenciados que podem ser usados em caso de desastre.

Pacientes com respirador no setor de emergência - O número de pacientes em respiradores (incluindo BIPAP) no setor de emergência no momento em que a pontuação é calculada.

Maior tempo de espera para admissão (no setor de emergência)- O maior tempo de espera para admissão (em horas) de um paciente no momento em que a pontuação é calculada (Exemplo: 3.5 = 3 horas e 30 minutos).

Maior tempo em horas na sala de espera (última chamada para entrada) – O tempo de espera (em horas) da chegada até o leito, do último paciente a ser chamado para o leito.

00 to 20	21 to 60	61 to 100	101 to 140	141 to 180	181 to 200
Desocupado	Ocupado	Extremamente ocupado mas não superlotado	Superlotado	Severamente superlotado	Perigosamente superlotado

APÊNDICE D - RETROTRADUÇÃO 1 (RT1)

NEDOCS

Total number of patients in the emergency- The total number of patients in the emergency room at the time the score is calculated. This includes all patients in all areas, including waiting patients, patients with rapid procedures, etc.

Emergency Room Beds- The total number of emergency room beds including aisles, chairs, emergency beds, and others that can be used to service patients at the time the score is calculated.

Admissions- The number of patients on the waiting list / admitted in the emergency sector at the time the score is calculated.

Total Number of Hospital Beds - The total number of hospital beds. Most deployments use the number of licensed beds that can be used in the event of a disaster.

Patients with breathing apparatus in the emergency room- The number of patients on respirators (including BiPAP) in the emergency department at the time the score is calculated.

Waiting time for admission (in the emergency sector)- The highest waiting time for admission (in hours) of a patient at the time the score is calculated (Example: 3.5 = 3 hours and 30 minutes)

Time in waiting room (last call for entry) - Waiting time (in hours) from arrival to bed, of the last patient to be called to bed.

00 to 20 Not busy	21 to 60 Busy	61 to 100 Extremely busy but not overcrowded	101 to 140 Completely crowded	141 to 180 Severely over- crowded	181 to 200- Dangerously over- crowded
-------------------	---------------	---	-------------------------------------	---	---

APÊNDICE E - RETROTRADUÇÃO 2 (RT2)

NEDOCS

Total Patients in the emergency section - The total number of patients in the emergency section at the moment the score is calculated. That includes all patients in every area, including patients on hold, quick procedures etc.

Emergency beds - The total number of emergency beds including hallways, chairs, urgency and other beds that can be used to assist patients at the moment the score is calculated.

Admissions - The number of patients on hold/admitted in the emergency section at the moment the score is calculated.

Total hospital beds - The total number of hospital beds. Most of the implementations use the number of licensed beds that can be used in case of disaster.

Patients on oxygen in the emergency section - The number of patients in respirators (including Bipap) in the emergency section at the moment the score is calculated.

Longest admission time (in the emergency section) - The longest waiting time for admission (in hours) of a patient at the moment the score is calculated (e.g.: 3.5 = 3 hours and 30 minutes).

Longest time in hours at the waiting room (Final call for admission) - The time of waiting (in hours) since the arrival until the bed for the last patient called to a bed.

00 to 20 Vacant	21 to 60 Busy	61 to 100 Extremely busy but not overcrowded	101 to 140 Crowded	141 to 180 Severely crowded	181 to 200 Dangerously crowded
-----------------	---------------	---	-----------------------	--------------------------------	--------------------------------------

APÊNDICE F - VERSÃO FINAL RETROTRADUZIDA (RT12)

NEDOCs

Total Patients in the emergency room - The total number of patients in the emergency room at the time the score is calculated. This includes all patients in every area, including waiting patients, quick procedures etc.

Emergency beds - The total number of emergency beds including hallways, chairs, urgency and other beds that can be used to assist patients at the time the score is calculated.

Admissions - The number of patients on the waiting list / admitted in the emergency sector at the time the score is calculated.

Total hospital beds - The total number of hospital beds. Most of the implementations use the number of licensed beds that can be used in case of disaster.

Patients on oxygen in the emergency room - The number of patients on respirators (including Bipap) in the emergency room at the moment the score is calculated.

Longest admission time (in the emergency room) - The longest waiting time for admission (in hours) of a patient at the moment the score is calculated (e.g.: 3.5 = 3 hours and 30 minutes).

Longest time in hours at the waiting room (Final call for entry) - The time of waiting (in hours) since the arrival to bed, for the last patient called to a bed.

00 to 20 Not busy	21 to 60 Busy	61 to 100 Extremely busy but not overcrowded	101 to 140 Crowded	141 to 180 Severely crowded	181 to 200- Dangerously crowded
-------------------	---------------	---	-----------------------	--------------------------------	---------------------------------------

APÊNDICE G - VERSÃO TRADUZIDA EM PORTUGUÊS PARA REALIZAÇÃO DA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO (VTP)

NEDOCs

Numero total de pacientes em atendimento no Serviço de Emergência - O número total de pacientes em atendimento no Serviço de Emergência, em qualquer tipo de acomodação.

Acomodações no Serviço de Emergência (formais e informais) - Numero total de acomodações formais e informais no Serviço de Emergência incluindo macas, poltronas, cadeiras e camas, ou seja, todas as acomodações onde os pacientes podem e/ou estão sendo atendidos.

Total de pacientes com prescrição de internação no Serviço de Emergência - O número total de pacientes com prescrição de internação que permanecem em acomodações (formais e informais) no Serviço de Emergência, aguardando leito para transferência.

Número de leitos (oficiais) do hospital destinados ao Serviço de Emergência - O número de leitos (oficiais) do hospital destinados ao Serviço de Emergência, distinguindo leitos adultos e pediátricos.

Pacientes em ventilação - O número de pacientes em ventilação invasiva/não invasiva no Serviço de Emergência no momento da coleta da informação.

Maior tempo de permanência de um paciente com prescrição de internação no Serviço de Emergência (em horas) - O maior tempo de permanência (em horas) de um paciente no Serviço de Emergência com prescrição de internação, até o momento em que a escala é aplicada.

Tempo de espera aguardado pelo último paciente de maior risco, para o primeiro atendimento médico (em horas) - O tempo de espera (em horas) aguardado pelo último paciente de maior risco até o primeiro atendimento médico, no momento em que a escala é aplicada.

00 to 20	21 to 60	61 to 100	101 to 140	141 to 180	181 to 200
Desocupado	Ocupado	Extremamente ocupado, mas não superlotado	Superlotado	Severamente superlotado	Perigosamente superlotado

APÊNDICE H - FORMULÁRIO ELETRÔNICO PARA REALIZAÇÃO DO ÍNDICE DE VALIDADE DE CONTEÚDO (IVC)

Tradução transcultural da escala National Emergency Department Overcrowding Score (NEDOCS) para uso no Brasil

*Obrigatório

1. Endereço de e-mail *



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Profissional,

Você está sendo convidado(a) a fazer parte da pesquisa: Tradução Transcultural da Escala National Emergency Department Overcrowding Score (NEDOCS) para uso no Brasil, que tem por objetivo: realizar a tradução transcultural, para a língua portuguesa, e validar a escala National Emergency Department Overcrowding Score (NEDOCS). Esta pesquisa está sendo desenvolvida pelo pesquisador Henrique Meirelles Boldori, do curso de Mestrado Profissional de Enfermagem da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), sob a orientação da Prof^a Dr^a Rosane Mortari Ciconet e co-orientação da Prof^a Dra. Karin Viegas.

Sua participação será na elaboração da versão final da escala NEDOCS traduzida para a língua portuguesa e a validação de conteúdo através do Índice de Validação de Conteúdo (IVC). Os riscos do estudo são considerados mínimos, por não identificarem pacientes e nem profissionais. Esta pesquisa trará benefícios diretos para as instituições, corroborando em ações relacionadas à superlotação nas unidades de urgência. Em nenhum momento você ou qualquer paciente serão expostos ou seus nomes revelados. Sua participação nesse estudo é de caráter voluntário e você não será remunerado pela mesma.

Caso não aceite participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano ou pena. Os dados desta pesquisa serão apresentados em eventos da área de saúde e

publicados em revistas científicas, preservando o anonimato de todos os participantes. Todos os dados serão guardados por cinco anos e após descartados. O pesquisador estará a sua disposição para quaisquer esclarecimentos que considere necessários em qualquer etapa da pesquisa pelo telefone (51) 99683-7389 ou pelo e-mail: henriquem.b@hotmail.com. Seu aceite será confirmado através deste formulário.

2. Você aceita participar deste estudo? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

3. Qual a sua profissão? *

Marcar apenas uma oval.

Enfermeiro

Médico

Outro: _____

4. Instituição em que você atua: *

Marcar apenas uma oval.

Pública

Privada

Filantrópica e/ou conveniada ao SUS

Outro: _____

Instruções:

O enunciado da escala está em sua versão original (língua inglesa) seguida da versão traduzida (adaptação transcultural) para a língua portuguesa. Selecione o valor entre 1 a 4, conforme a sua compreensão, com relação à variável traduzida.

1ª Variável - Total patients in ED

Versão original:

Total patients in ED - The number of total patients in the ED at the time the score is calculated. This includes all patients in all areas including waiting patients, Fast Track patients, etc.

Versão traduzida:

Numero total de pacientes em atendimento no Serviço de Emergência - O número total de pacientes em atendimento no Serviço de Emergência, em qualquer tipo de acomodação.

5. *

Marcar apenas uma oval.

1. Não claro

2. Pouco claro

3. Claro

4. Muito claro

2ª Variável - ED Beds

Versão original:

ED Beds - The total number of ED beds including hallways, chairs, fast track and other beds that can be used to serve patients at the time the score is calculated.

Versão traduzida:

Acomodações no Serviço de Emergência (formais e informais) - Numero total de acomodações formais e informais no Serviço de Emergência incluindo macas, poltronas, cadeiras e camas, ou seja, todas as acomodações onde os pacientes podem e/ou estão sendo atendidos.

6. *

Marcar apenas uma oval.

- 1. Não claro
- 2. Pouco claro
- 3. Claro
- 4. Muito claro

3ª Variável - Admits

Versão original:

Admits - The number of holdovers/admits, in the ED, at the time the score is calculated.

Versão traduzida:

Total de pacientes com prescrição de internação no Serviço de Emergência - O número total de pacientes com prescrição de internação que permanecem em acomodações (formais e informais) no Serviço de Emergência, aguardando leito para transferência.

7. *

Marcar apenas uma oval.

- 1. Não claro
- 2. Pouco claro
- 3. Claro
- 4. Muito claro

4ª Variável - Total Hospital Beds

Versão original:

Total Hospital Beds - The total number of hospital beds. Most implementations use the number of licensed beds that can be used in case of a disaster.

Versão traduzida:

Número de leitos (oficiais) do hospital destinados ao Serviço de Emergência - O número de leitos (oficiais) do hospital destinados ao Serviço de Emergência, distinguindo leitos adultos e pediátricos.

8. *

Marcar apenas uma oval.

1. Não claro
2. Pouco claro
3. Claro
4. Muito claro

5ª Variável - Vent patients in ED

Versão original:

Vent patients in ED - The number of patients on ventilators/respirators (including BiPAP) in the ED at the time the score is calculated.

Versão traduzida:

Pacientes em ventilação - O número de pacientes em ventilação invasiva/não invasiva no Serviço de Emergência no momento da coleta da informação.

9. *

Marcar apenas uma oval.

1. Não claro
2. Pouco claro
3. Claro
4. Muito claro

6ª Variável - Longest Admit boarding time (in ED)

Versão original:

Longest Admit boarding time (in ED) - The longest admit holdover/boarding (in hours) at the time the score was calculated.

Versão traduzida:

Maior tempo de permanência de um paciente com prescrição de internação no Serviço de Emergência (em horas) - O maior tempo de permanência (em horas) de um paciente no Serviço de Emergência com prescrição de internação, até o momento em que a escala é aplicada.

10. *

Marcar apenas uma oval.

1. Não claro
2. Pouco claro
3. Claro
4. Muito claro

7ª Variável - Hrs longest wait in WR (Last Bed Time)

Versão original:

Hrs longest wait in WR (Last Bed Time) - The wait time (in hours) from arrival to bed for the last patient called for a bed.

Versão traduzida:

Tempo de espera aguardado pelo último paciente de maior risco, para o primeiro atendimento médico (em horas) - O tempo de espera (em horas) aguardado pelo último paciente de maior risco até o primeiro atendimento médico, no momento em que a escala é aplicada.

11. *

Marcar apenas uma oval.

- 1. Não claro
- 2. Pouco claro
- 3. Claro
- 4. Muito claro

Legenda

Versão original:

Not busy / Busy / Extremely busy but not overcrowded / Over-crowded / Severely over-crowded / Dangerously over-crowded

Versão traduzida:

Desocupado / Ocupado / Extremamente ocupado mas não superlotado / Superlotado / Severamente superlotado / Perigosamente superlotado

12. *

Marcar apenas uma oval.

- 1. Não claro
- 2. Pouco claro
- 3. Claro
- 4. Muito claro

Envie para mim uma cópia das minhas respostas.

APÊNDICE I - VERSÃO FINAL TRADUZIDA EM PORTUGUÊS (VFP)

NEDOCs

Numero total de pacientes em atendimento no Serviço de Emergência - O número total de pacientes em atendimento no Serviço de Emergência, em qualquer tipo de acomodação.

Acomodações no Serviço de Emergência (formais e informais) - Numero total de acomodações formais e informais no Serviço de Emergência incluindo macas, poltronas, cadeiras e camas, ou seja, todas as acomodações onde os pacientes podem e/ou estão sendo atendidos.

Total de pacientes com prescrição de internação no Serviço de Emergência - O número total de pacientes com prescrição de internação que permanecem em acomodações (formais e informais) no Serviço de Emergência, aguardando leito para transferência.

Número de leitos (oficiais) do hospital destinados ao Serviço de Emergência - O número de leitos (oficiais) do hospital destinados ao Serviço de Emergência, distinguindo leitos adultos e pediátricos.

Pacientes em ventilação - O número de pacientes em ventilação invasiva/não invasiva no Serviço de Emergência no momento da coleta da informação.

Maior tempo de permanência de um paciente com prescrição de internação no Serviço de Emergência (em horas) - O maior tempo de permanência (em horas) de um paciente no Serviço de Emergência com prescrição de internação, até o momento em que a escala é aplicada.

Tempo de espera aguardado pelo último paciente de maior risco, para o primeiro atendimento médico (em horas) - O tempo de espera (em horas) aguardado pelo último paciente de maior risco até o primeiro atendimento médico, no momento em que a escala é aplicada.

00 to 20	21 to 60	61 to 100	101 to 140	141 to 180	181 to 200
Desocupado	Ocupado	Extremamente ocupado, mas não superlotado	Superlotado	Severamente superlotado	Perigosamente superlotado

APÊNDICE J – FORMULÁRIO ELETRÔNICO PARA APLICAÇÃO DA VFP EM SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA

Tradução transcultural da escala National Emergency Department Overcrowding Score (NEDOCS) para uso no Brasil - Pré-teste

*Obrigatório

1. Endereço de e-mail *



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Profissional,

Você está sendo convidado(a) a fazer parte da pesquisa: Tradução Transcultural da Escala National Emergency Department Overcrowding Score (NEDOCS) para uso no Brasil, que tem por objetivo: realizar a tradução transcultural, para a língua portuguesa, e validar a escala National Emergency Department Overcrowding Score (NEDOCS). Esta pesquisa está sendo desenvolvida pelo pesquisador Henrique Meirelles Boldori, do curso de Mestrado Profissional de Enfermagem da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), sob a orientação da Profª Drª Rosane Mortari Ciconet e co-orientação da Profª Dra. Karin Viegas.

Sua participação será na aplicação da escala em caráter de pré-teste, cumprindo a quinta etapa da adaptação transcultural da escala para uso no Brasil. Os riscos do estudo são considerados mínimos, por não identificarem pacientes e nem profissionais. Esta pesquisa trará benefícios diretos para as instituições, corroborando em ações relacionadas à superlotação nas unidades de urgência. Em nenhum momento você ou qualquer paciente serão expostos ou seus nomes revelados. Sua

participação nesse estudo é de caráter voluntário e você não será remunerado pela mesma. Caso não aceite participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano ou pena. Os dados desta pesquisa serão apresentados em eventos da área de saúde e publicados em revistas científicas, preservando o anonimato de todos os participantes. Todos os dados serão guardados por cinco anos e após descartados. O pesquisador estará a sua disposição para quaisquer esclarecimentos que considere necessários em qualquer etapa da pesquisa pelo telefone (51) 99683-7389 ou pelo e-mail: henriquem.b@hotmail.com. Seu aceite será confirmado através deste formulário.

2. Você aceita participar deste estudo? *

Marcar apenas uma oval.

Sim.

Tradução transcultural da escala National Emergency Department Overcrowding Score (NEDOCS) para uso no Brasil - Pré-teste

3. Qual a sua profissão? *

Marcar apenas uma oval.

Enfermeiro

Médico

Outro: _____

4. Instituição em que você atua: *

Marcar apenas uma oval.

Pública

Privada

Filantrópica e/ou conveniada ao SUS

Outro: _____

Instruções:

Leia atentamente o enunciado e preencha com as informações solicitadas. Você pode trocar as opções antes de enviar o formulário conforme a necessidade.

1. Numero total de pacientes em atendimento no Serviço de Emergência

O número total de pacientes em atendimento no Serviço de Emergência, em qualquer tipo de acomodação.

5. *

2. Acomodações no Serviço de Emergência (formais e informais)

Número total de acomodações formais e informais no Serviço de Emergência incluindo macas, poltronas, cadeiras e camas, ou seja, todas as acomodações onde os pacientes podem e/ou estão sendo atendidos.

6. *

3. Total de pacientes com prescrição de internação no Serviço de Emergência

O número total de pacientes com prescrição de internação que permanecem em acomodações (formais e informais) no Serviço de Emergência, aguardando leito para transferência.

7. *

4. Número de leitos (oficiais) do hospital destinados ao Serviço de Emergência

O número de leitos (oficiais) do hospital destinados ao Serviço de Emergência, distinguindo leitos adultos e pediátricos.

8. *

5. Pacientes em ventilação

O número de pacientes em ventilação invasiva/não invasiva no Serviço de Emergência no momento da coleta da informação.

9. *

Marcar apenas uma oval.

- Nenhum paciente
- 1 paciente
- 2 pacientes ou mais.

6. Maior tempo de permanência de um paciente com prescrição de internação no Serviço de Emergência (em horas)

O maior tempo de permanência (em horas) de um paciente no Serviço de Emergência com prescrição de internação, até o momento em que a escala é aplicada.

10. *

7. Tempo de espera aguardado pelo último paciente de maior risco, para o primeiro atendimento médico (em horas)

O tempo de espera (em horas) aguardado pelo último paciente de maior risco até o primeiro atendimento médico, no momento em que a escala é aplicada.

Obs: considerar 30 minutos como 0,5 e 15 minutos como 0,25.

11. *

APÊNDICE K – FORMULÁRIO ELETRÔNICO PARA APLICAÇÃO NO HOSPITAL CENTENÁRIO

Tradução transcultural da escala National Emergency Department Overcrowding Score (NEDOCS) para uso no Brasil - Pré-teste (HOSPITAL CENTENÁRIO / SL)

*Obrigatório

1. Endereço de e-mail *



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Profissional,

Você está sendo convidado(a) a fazer parte da pesquisa: Tradução Transcultural da Escala National Emergency Department Overcrowding Score (NEDOCS) para uso no Brasil, que tem por objetivo: realizar a tradução transcultural, para a língua portuguesa, e validar a escala National Emergency Department Overcrowding Score (NEDOCS). Esta pesquisa está sendo desenvolvida pelo pesquisador Henrique Meirelles Boldori, do curso de Mestrado Profissional de Enfermagem da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), sob a orientação da Profª Drª Rosane Mortari Ciconet e co-orientação da Profª Dra. Karin Viegas.

Sua participação será na aplicação da escala em caráter de pré-teste, cumprindo a quinta etapa da adaptação transcultural da escala para uso no Brasil. Os riscos do estudo são considerados mínimos, por não identificarem pacientes e nem profissionais. Esta pesquisa trará benefícios diretos para as instituições, corroborando em ações relacionadas à superlotação nas unidades de urgência. Em nenhum momento você ou qualquer paciente serão expostos ou seus nomes revelados. Sua

participação nesse estudo é de caráter voluntário e você não será remunerado pela mesma. Caso não aceite participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano ou pena. Os dados desta pesquisa serão apresentados em eventos da área de saúde e publicados em revistas científicas, preservando o anonimato de todos os participantes. Todos os dados serão guardados por cinco anos e após descartados. O pesquisador estará a sua disposição para quaisquer esclarecimentos que considere necessários em qualquer etapa da pesquisa pelo telefone (51) 99683-7389 ou pelo e-mail: henriquem.b@hotmail.com. Seu aceite será confirmado através deste formulário.

2. Você aceita participar deste estudo? *

Marcar apenas uma oval.

Sim.

Tradução transcultural da escala National Emergency Department Overcrowding Score (NEDOCS) para uso no Brasil - Pré-teste (HOSPITAL CENTENÁRIO / SL)

3. Qual a sua profissão? *

Marcar apenas uma oval.

Enfermeiro

Médico

Outro: _____

4. Instituição: *

Marcar apenas uma oval.

Pública

Outro: _____

5. Turno: *

Marcar apenas uma oval.

Manhã

Tarde

Noite

Instruções:

Leia atentamente o enunciado e preencha com as informações solicitadas. Você pode trocar as opções antes de enviar o formulário conforme a necessidade.

1. Numero total de pacientes em atendimento no Serviço de Emergência

O número total de pacientes em atendimento no Serviço de Emergência, em qualquer tipo de acomodação.

6. *

2. Acomodações no Serviço de Emergência (formais e informais)

Número total de acomodações formais e informais no Serviço de Emergência incluindo macas, poltronas, cadeiras e camas, ou seja, todas as acomodações onde os pacientes podem e/ou estão sendo atendidos.

7. *

3. Total de pacientes com prescrição de internação no Serviço de Emergência

O número total de pacientes com prescrição de internação que permanecem em acomodações (formais e informais) no Serviço de Emergência, aguardando leito para transferência.

8. *

4. Número de leitos (oficiais) do hospital destinados ao Serviço de Emergência

O número de leitos (oficiais) do hospital destinados ao Serviço de Emergência, distinguindo leitos adultos e pediátricos.

9. *

Marcar apenas uma oval.

- Adultos - 117
- Pediátricos - 34
- Total - 151
- Outro: _____

5. Pacientes em ventilação

O número de pacientes em ventilação invasiva/não invasiva no Serviço de Emergência no momento da coleta da informação.

10. *

Marcar apenas uma oval.

- Nenhum paciente
- 1 paciente
- 2 pacientes ou mais.

6. Maior tempo de permanência de um paciente com prescrição de internação no Serviço de Emergência (em horas)

O maior tempo de permanência (em horas) de um paciente no Serviço de Emergência com prescrição de internação, até o momento em que a escala é aplicada.

11. *

7. Tempo de espera aguardado pelo último paciente de maior risco, para o primeiro atendimento médico (em horas)

O tempo de espera (em horas) aguardado pelo último paciente de maior risco até o primeiro atendimento médico, no momento em que a escala é aplicada.

Ex: 5 minutos, 10 minutos, 15 minutos...

12. *

ANEXO B - CARTA DE ANUÊNCIA DO HOSPITAL CENTENÁRIO

38

CARTA DE ANUÊNCIA

Eu, Quelen Tanize Alves da Silva, presidenta do Hospital Centenário do Município de São Leopoldo, RS, estou ciente do Projeto de Pesquisa intitulado **ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DA ESCALA NATIONAL EMERGENCY DEPARTMENT OVERCROWDING SCORE (NEDOCS) PARA USO NO BRASIL**, a ser desenvolvido pelo Mestrando Henrique Meirelles Boldori, sob orientação da Profa. Dra. Rosane Mortari Ciconet, professora do Programa de Pós Graduação em Enfermagem – Mestrado Profissional em Enfermagem, da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), Porto Alegre – RS. Esse estudo está inserido no projeto **“Pesquisa e Intervenção em Enfermagem: Sistematização da Assistência de Enfermagem para fortalecimento da Rede de Saúde de São Leopoldo/RS”**, financiado pelo Edital 27/2016 - Acordo CAPES/COFEN, vinculado ao PPG Enfermagem/UNISINOS.

Esta pesquisa tem por objetivo geral: realizar e validar a adaptação transcultural para a língua portuguesa da escala National Emergency Department Overcrowding Score (NEDOCS).

Serão realizados todos os procedimentos para a manutenção do sigilo, tanto em relação à identificação do(s) serviço(s) de saúde participante(s) da pesquisa, quanto às informações dos profissionais envolvidos. A pesquisa se dará por meio da aplicação da escala NEDOCS traduzida, para avaliação dos níveis de superlotação no serviço de urgência, não ocasionando nenhum dano físico e/ou psicológico aos participantes. Os dados serão coletados no horário de funcionamento do serviço sem trazer prejuízo ao desempenho das atividades.


O projeto de pesquisa será submetido à análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNISINOS, conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Somente após a aprovação deste, será iniciada a coleta de dados.

Os resultados obtidos com este estudo serão utilizados única e exclusivamente para fins de pesquisa e implementação de melhorias no serviço (unidade de urgência) e poderão ser divulgados em publicações e eventos científicos, sendo preservada a identidade dos sujeitos de pesquisa. Após concluir o trabalho, o pesquisador realizará a devolução dos resultados ao NUMESC.

Caso seja necessária alguma informação adicional referente à pesquisa, o mestrando Henrique Meirelles Boldori poderá ser contatado pelo telefone (55) 99683-7329 ou por e-mail: henriquem.b@hotmail.com, ou com a profª Rosane Mortari Ciconet pelo telefone (51) 99919-3569 ou por e-mail: rmortari@unisinors.br.

Diante destas informações, autorizo a execução do projeto de pesquisa na rede municipal de saúde de São Leopoldo, junto ao Hospital Centenário, conforme definido junto ao NUMESC e às coordenações específicas.

São Leopoldo, 13 de outubro de 2018.

X

 Quelen Tanize Alves da Silva
 Presidenta Hospital Centenário
 de São Leopoldo

ANEXO C - AUTORIZAÇÃO DO AUTOR

De: Steven Weiss <SWeiss@salud.unm.edu>
Enviado: segunda-feira, 1 de outubro de 2018 23:10:41
Para: Rosane Mortari Ciconet
Assunto: Re: permission to translate NEDOCS

You have my permission to translate NEDOCS into portuguese. Please make sure you have it back translated by another person so you can be assured that your translation is correct.

Thanks

Steve Weiss MD

From: Rosane Mortari Ciconet <RMORTARI@unisinos.br>
Sent: Monday, October 1, 2018 5:17 PM
To: Steven Weiss
Subject: permission to translate NEDOCS

[-- External - This message has been sent from outside the University --]

Dear Dr. Steven Weiss,

I'm a teacher in the Graduate Program in Nursing, at a University in the South of Brazil (Unisinos). We are studying the overcrowding in emergency services and would like to use the National Emergency Department Overcrowding Score (NEDOCS), of its authorship, to be applied in our study. So, I request your permission to translate the National Emergency Department Overcrowding Score (NEDOCS), into Portuguese (Brazilian Portuguese).

Awaiting your authorization, I send my best regards.

Prof.ª Dr.ª Rosane Mortari Ciconet
Docente do PPG Enfermagem
Unisinos – Somos infinitas possibilidades
www.unisinos.br - fone:(51) 35911122
<http://lattes.cnpq.br/2198380514342543>
Cel: (51) 999193569
rmortari@unisinos.br
rosaneciconet@gmail.com

ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE DO VALE DO
RIO DOS SINOS - UNISINOS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Adaptação transcultural da escala National Emergency Department Overcrowding Score (NEDOCS) para uso no Brasil

Pesquisador: Henrique Meirelles Boldori

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 03657718.5.0000.5344

Instituição Proponente: Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.147.682

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa de Henrique Meirelles Boldori, orientado pela Profa. Dra. Rosane Mortari Ciconet, para Dissertação de Mestrado Profissional pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UNISINOS. Tem por objetivo realizar a adaptação transcultural, para a língua portuguesa, e validar a escala National Emergency Department Overcrowding Score (NEDOCS). Estudo fundamentado no referencial teórico-metodológico de Adaptação Transcultural de Instrumentos.

Objetivo da Pesquisa:

Exequível pelo método proposto.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos do estudo estão avaliados adequadamente.

Os benefícios do estudo estão descritos e são coerentes com a proposta do estudo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa está bem delineada e tem potencial de contribuição com o produto a ser gerado, o qual consistem em uma escala de mensuração em tempo real dos níveis de superlotação em serviços de urgência.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta folha de rosto e Carta de anuência do Hospital Centenário devidamente preenchidas em

Endereço: Av. Unisinos, 950

Bairro: Cristo Rei

CEP: 93.022-000

UF: RS

Município: SAO LEOPOLDO

Telefone: (51)3591-1198

Fax: (51)3590-8118

E-mail: cep@unisinos.br

UNIVERSIDADE DO VALE DO
RIO DOS SINOS - UNISINOS



Continuação do Parecer: 3.147.682

assinadas.

TCLE está adequado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1256782.pdf	08/01/2019 01:37:53		Aceito
Outros	carta_resposta_parecer.docx	08/01/2019 01:37:21	Henrique Meirelles Boldori	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_detalhado_modificado.docx	08/01/2019 01:36:49	Henrique Meirelles Boldori	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_modificado.docx	08/01/2019 01:36:12	Henrique Meirelles Boldori	Aceito
Outros	Anuencia_hospital.docx	28/11/2018 22:24:14	Henrique Meirelles Boldori	Aceito
Folha de Rosto	folha_nedocs.pdf	28/11/2018 21:53:38	Henrique Meirelles Boldori	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Boldori.pdf	14/02/2019 17:06:18	José Roque Junges	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LEOPOLDO, 14 de Fevereiro de 2019

Assinado por:
José Roque Junges
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Unisinos, 950
Bairro: Cristo Rei **CEP:** 93.022-000
UF: RS **Município:** SAO LEOPOLDO
Telefone: (51)3591-1198 **Fax:** (51)3590-8118 **E-mail:** cep@unisinos.br

UNIVERSIDADE DO VALE DO
RIO DOS SINOS - UNISINOS



Continuação do Parecer: 3.147.682

Endereço: Av. Unisinos, 950
Bairro: Cristo Rei **CEP:** 93.022-000
UF: RS **Município:** SAO LEOPOLDO
Telefone: (51)3591-1198 **Fax:** (51)3590-8118 **E-mail:** cep@unisinos.br