

Organizadores

Patrícia Lopes Oliveira
Ocilma Barros de Quental
Symara A. A. de Oliveira Cabral
Andressa Pedroza Pereira
José Geraldo Holanda Moura

Gestão em Saúde:

diversificação, tendências e aplicabilidade
da qualidade nos serviços

Primeira Edição | E-Book



Gestão em Saúde:

diversificação, tendências e aplicabilidade
da qualidade nos serviços

CAPA

Larissa Rodrigues de Sousa & Filipe Pereira da Silva Dias

COMISSÃO CIENTÍFICA

Msc. Ariadne Pereira Pedroza (HUJB-UFCG)

Msc. Carla Heloísa Alencar de Figueiredo (UFCG)

Msc. Cícero Emanuel Alves Leite (HUJB-UFCG)

Esp. Danielly Raquel de Souza Fernandes Guerra (HUJB-UFCG)

Msc. Edineide Nunes da Silva (HUJB-UFCG)

Dra. Eliane de Sousa Leite (HUJB-UFCG)

Msc. Francisco Ronner Andrade da Silva (FASC-FASP)

Msc. José Ramon Nunes Ferreira (HUJB-UFCG)

Msc. Joyce Wadna Rodrigues de Souza (UFCG)

Msc. Lorena Lorraine Oliveira Albuquerque (HUJB-UFCG)

Msc. Maria Carmélia Almeida Neta (HUJB-UFCG)

Msc. Maria Carmem Batista de Alencar (FASP)

Msc. Marllon Larry Oliveira Santos (HUJB-UFCG)

Dra. Ocilma Barros de Quental (FSM/HUJB-UFCG)

Msc. Patrícia Lopes Oliveira (HUJB-UFCG)

Msc. Pedro Bernardino da Costa Júnior (UFCG)

Msc. Renata Layne Paixão Vieira (HUJB-UFCG)

Msc. Rozane Pereira de Sousa (UFCG)

Msc. Sonally Yasnara Sarmiento Medeiros Abrantes (HUJB-UFCG)

Dra. Symara Abrantes Albuquerque de Oliveira Cabral (UFCG)

Msc. Verusa Fernandes Duarte (HUJB-UFCG)

COMISSÃO EDITORIAL

Dra. Sayonara Abrantes de Oliveira Uchôa

Dra. Ocilma Barros de Quental

Dra. Renata Livia Silva Fonseca Moreira de Medeiros

Msc. Maria Carmem Batista de Alencar

EDITORIAÇÃO

IDEIA – Inst. de Desen. Educ. Inter. e Aprendizagem

REVISÃO

Os autores

AUTORES

Aline Alves da Silva

UDF- Centro Universitário. E-mail: alineenfermagem221@gmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2091110351255885>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8580-8193>.

Aline Picolotto

GEPES/UCS - Grupo de Ensino e Pesquisa em Segurança do Paciente da Universidade de Caxias do Sul. E-mail: apicolotto@ucs.br. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0395233439305155>.

Amanda Mayara de Sousa Silva

UFCG - Universidade Federal de Campina de Grande. E-mail: amandamayara15@outlook.com, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1505768621420641>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4311-5882>

Ana Júlia Benício da Silva

UFCG - Universidade Federal de Campina de Grande. E-mail: juliabenicio15@hotmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4721390678238404>. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5637-6005>

André Luís Gonçalves Fernandes: Enfermeiro

Faculdade São Francisco da Paraíba, Cajazeiras-PB. E-mail: andre100vasco@gmail.com.

Ana Elza Oliveira de Mendonça

UFRN – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Mestrado Profissional Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde. E-mail: anaelzaufnr@gmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5531967242281430>. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9015-211X>.

Ana Yasmim Gomes de Lima

UFCG – Universidade Federal de Campina Grande, CFP, UAENF. E-mail: ana.yasmim@estudante.ufcg.edu.br. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3713806755630176>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7081-3566>.

Antonio Carlos Carvalho Nascimento Filho

EBSERH – HUPES/UFBA – Eng. Mecânico do Setor de Infraestrutura Física. E-mail: antonio.filho.6@ebserh.gov.br. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1500982807658337>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0196-9601>.

Ariadne Pereira Pedroza

Enfermeira, Mestre, Docente - FASP nos cursos de Graduação em Enfermagem e Nutrição e Pós-graduação. E-mail: ariadne.pedroza@gmail.com

Ayanne Mirelle de Sousa Silva

FSM - Faculdade Santa Maria. E-mail: ayannemirelle@gmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3117796557734924>. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4979-5970>.

Davi Avelino da Silva

EBSERH – HU -UFSC. E-mail: davi.avelino@ebserh.gov.br. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1051297575315436>.

Fernanda Pereira de Sousa

UNILAB – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Instituto de Ciências da Saúde. E-mail: fernanda.psousa24@gmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5400324238646962>. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3863-8937>.

Fernando Roberto Moraes

GEPES/UCS - Grupo de Ensino e Pesquisa em Segurança do Paciente da Universidade de Caxias do Sul. E-mail: frmoraes1@ucs.br. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5551249261866299>.
<https://orcid.org/0000-0003-3760-0045>.

Francisca Brunna de Carvalho Costa Vasconcelos

UFRN – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Mestrado Profissional Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde. E-mail: brunnacc@hotmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4381699167441056>. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2599-8298>.

Francisco Lindomar de Souza

UFRN- Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Mestrado Profissional Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde. E-mail: souza.lindo@hotmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0760795192088626>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7003-712X>.

Francisco Ronner Andrade da Silva

Fisioterapeuta, Mestre em Terapia Intensiva, Docente dos Cursos de Graduação em Saúde da FASP - Faculdade São Francisco da Paraíba, Cajazeiras-PB. E-mail: ronner_andrade@hotmail.com

Kaline Oliveira de Sousa

UFCG – Universidade Federal de Campina Grande, CFP, UAENF. E-mail: kaline.academico@gmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6556060668413976>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7193-4033>.

Keulle Mayara Barros do Nascimento Silva

UDF- Centro Universitário. E-mail: mayarakeullymayarabarrosgmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9224252478638952>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7926-4946>

Leila Akemi Evangelista Kusano

UDF- Centro Universitário. E-mail: leila.kusano@udf.edu.br. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2344588660534288>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7159-3259>.

Lorraine Machado de Araújo

UFRN- Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Mestrado Profissional Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde. E-mail: loraine-machado@hotmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0093927654185184>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9510-1810>.

Marcio Andre Anzoategui

EBSERH – HU -UFSC. E-mail: marcio.anzoategui@ebserh.gov.br. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4365951270435073>

Maria Berenice Gomes Nascimento

UFCG – Universidade Federal de Campina Grande, CFP, UAENF. E-mail: berenice_pinheiro@hotmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4768427282114464>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2095-4832>.

Maria Fernanda Bandeira da Silva

UFCG – Universidade Federal de Campina Grande, CFP, UAENF. E-mail: fernanda2000bandeira@gmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2808925288816946>.
<https://orcid.org/0000-0002-1001-6773>.

Maria Taís da Silva Santos

UFCG – Universidade Federal de Campina Grande, CFP, UAENF. E-mail: taiso674@gmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9918413149475968>. <https://orcid.org/0000-0003-3626-174X>.

Matheus Fernandes Dantas

Enfermeiro pela Faculdade São Francisco da Paraíba – FASP, Cajazeiras-PB. E-mail: matheusfernandesdantas1@outlook.com.

Michele Brito de Sousa

Enfermeira pela Faculdade São Francisco da Paraíba – FASP, Cajazeiras-PB. E-mail: michelebrito@outlook.com.br.

Nicole Frizon

GEPES/UCS - Grupo de Ensino e Pesquisa em Segurança do Paciente da Universidade de Caxias do Sul. E-mail: nicolefrizon03@gmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1741265204121228>. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6532-1353>

Ocilma Barros de Quental

FSM – Faculdade Santa Maria, Docente dos Cursos de Bacharelado em Enfermagem e Medicina
E-mail: ocilmaquental2011@hotmail.com
Lattes <http://lattes.cnpq.br/1673713633025582>
Orcid <https://orcid.org/0000-0002-4075-2755>

Patrícia de Gasperi

GEPES/UCS - Grupo de Ensino e Pesquisa em Segurança do Paciente da Universidade de Caxias do Sul. E-mail: pgasper1@ucs.br. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8614613162489052>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-843515>.

Patrícia Freire de Vasconcelos

UNILAB – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Instituto de Ciências da Saúde. E-mail: vanessaemille@gmail.com, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3639622687448295>. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6158-9221>

Patrícia Lopes Oliveira

HUJB – Hospital Universitário Júlio Maria Bandeira de Mello, Enfermeira do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente.
E-mail: patty_mottaenf@hotmail.com
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1237661431626543>
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3319-3908>

Rafaela Amaro Januário

UFCG - Universidade Federal de Campina de Grande. E-mail: rafaelajanuario96@gmail.com, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5630007345118254>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8239-7424>.

Rozane Pereira de Sousa

UFCG - Universidade Federal de Campina de Grande. E-mail: enfermeirarozane@gmail.com, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9929423706690747>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2619-8161>.

Tamires Ferreira do Nascimento

UNILAB – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Instituto de Ciências da Saúde. E-mail: tamiresferreira@aluno.unilab.edu.br. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7499252236115235>. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6719-8363>

Tárcilla Pinto Passos Bezerra

UFRN – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Mestrado Profissional Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde.
tarcillaap@gmail.com, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7885827593598705>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2187-9969> .

Tasso Hamm Lucas

EBSERH – HU -UFSC. E-mail: tasso.lucas@ebserh.gov.br. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4531695210258742>

Thaiza Teixeira Xavier Nobre

FACISA/UFRN- Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Mestrado Profissional Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde. E-mail: thaizax@hotmail.com, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2813639308023253>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8673-0009>.

Vanessa Emille Carvalho de Sousa Freire

UNILAB – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Instituto de Ciências da Saúde. E-mail: vanessaemille@gmail.com, Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3571-0267>.

Vanessa Riboldi

GEPES/UCS - Grupo de Ensino e Pesquisa em Segurança do Paciente da Universidade de Caxias do Sul. E-mail: vriboldi@ucs.br

Victória da Silva da Cunha

UDF- Centro Universitário. E-mail: victoriadsdc@gmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3018774193221145>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8373-9120>.

Viviane Peixoto dos Santos Pennafort

UFRN – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Mestrado Profissional Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde. E-mail: vivipspf@yahoo.com.br, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4210339574579951>. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5187-4766>.

Vilani Medeiros de Araújo Nunes

UFRN – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Mestrado Profissional Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde. E-mail: vilani.nunes@gmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8169308778262070>. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9547-0093>.

Vitória Talya dos Santos Sousa

UNILAB – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Instituto de Ciências da Saúde. E-mail: vitoriatsantossousa@gmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3217827011735115>. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5403-2820>.

Welida Kênia de Souza Rolim

HUJB – Hospital Universitário Júlio Maria Bandeira de Mello, Assistente Administrativa do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente.
E-mail: welida.rolim@ebserh.gov.br,
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8603664778940516>.



Reservados todos os direitos de publicação à
IDEIA – Inst. de Desen. Educ. Interd. e Aprendizagem
Rua Tenente Arsênio, 420 – Centro
Cajazeiras – PB CEP 58.900-000
www.editoraideiacz.com.br

É proibida a duplicação ou reprodução deste volume, no todo ou em parte, sob quaisquer formas ou por quaisquer meios (eletrônico, mecânico, gravação, fotocópia, distribuição na Web e outros), sem permissão expressa da Editora ou citação adequada da fonte. O conteúdo e dados apresentados na obra são de inteira responsabilidade dos seus autores e orientadores.

P945

Gestão em Saúde: diversificação, tendências e aplicabilidade da qualidade nos serviços de saúde [e-book] / organizadores: Patrícia L. Oliveira, Ocilma B. de Quental, Symara A. A. de O. Cabral, Andressa Pedroza Pereira, José Geraldo Holanda Moura– Cajazeiras, PB: Ideia– Inst. de Desen. Educ. Interd. e Aprendizagem, 2021.

129 p.

Vários autores.

ISBN 978-65-88798-13-3

1. Gestão em Saúde. 2. Evidências Científicas. 3. Segurança do Paciente. 4. Serviços de Saúde. I. Oliveira, Patrícia L. II Quental, Ocilma B. de. III. Cabral, Symara A. A. de O. VI. Pereira, Andressa P., Moura, José Geraldo H.M. VI. Título.

CDU – 616(81)

**A todos os profissionais que atuam no cuidado, pautado na ciência,
buscando desenvolver uma gestão prática e eficiente.**

Agradecimentos

A Deus, pelo dom da vida e por proporcionar os encontros dos responsáveis por este trabalho.

A Gerência de Ensino e Pesquisa do HUJB por todo o estímulo e incentivo ao desenvolvimento de pesquisas.

A Dra. Ocilma Quental, por ser exemplo no ensino, na pesquisa e no estímulo incansável ao desenvolvimento profissional.

A Editora Ideia por concretizar este trabalho de forma profissional e comprometida com o seu propósito.

A todos os responsáveis diretos da composição desta obra, pela partilha de conhecimentos, contribuindo no fortalecimento das ações de gestão em saúde.

PREFÁCIO

A gestão em saúde é uma das áreas mais diversificadas e desafiadoras na conjuntura atual dos sistemas de saúde. Entre os desafios enfrentados estão a administração de recursos humanos, logísticos e financeiros, além do gerenciamento adequado dos processos de trabalho para garantir a qualidade e a segurança necessárias na prestação dos serviços aos seus usuários/clientes. Para tanto, vê-se a necessidade de interligação entre todas as áreas da gestão em saúde, sobretudo da gestão hospitalar, para que conversem entre si e cheguem a um denominador comum, com o intuito de cultivar a qualidade da gestão e sua melhoria contínua. Esta é a proposta desta produção.

O livro “Gestão em Saúde: diversificação, tendências e aplicabilidade da qualidade nos serviços” é produto do I Congresso de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente do Hospital Universitário Júlio Bandeira da Universidade Federal de Campina Grande – Campus Cajazeiras (UFCG), Hospital filiado à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), evento realizado nos dias 28, 29 e 30 de abril de 2021 em alusão ao dia 1º de abril onde se comemora o Dia Nacional da Segurança do Paciente. A celebração da data possibilita que todos os serviços de saúde possam desenvolver, localmente, ações que reforcem a prática da segurança do paciente, profissionais e ambientes de assistência à saúde. As iniciativas visam contribuir para a minimização de riscos e danos ao paciente, refletindo na melhoria da atenção prestada nos serviços de saúde. Os incidentes associados aos cuidados de saúde representam uma elevada morbidade e mortalidade em todo o mundo. Por este motivo, e com o objetivo de conscientização geral em prol da segurança do paciente, o Ministério da Saúde implantou, em 2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) que visa contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional.

Para que essa prática seja efetiva e consiga atingir os objetivos propostos pelo PNSP, é preciso prevenir e melhorar os resultados adversos aos pacientes, reduzindo, ao máximo, os riscos de danos desnecessários associados ao cuidado de saúde. Isso envolve um comprometimento e qualificação das instituições de saúde e dos seus profissionais. A segurança não é atributo de uma pessoa, equipamento ou setor do hospital. Sua melhoria depende do aprendizado que a instituição de saúde é capaz de

obter e aplicar, decorrente da interação dos componentes do sistema. A equipe do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente do hospital, em parceria com a Editora Ideia, trouxe essa proposta com o objetivo de atender a uma demanda social de formação de profissionais de saúde e acreditando no potencial colaborativo entre ensino-academia e prática tenha trazido grandes contribuições nesta produção.

Este livro apresenta capítulos com práticas de gestão em saúde e qualidade em serviços de saúde. Os trabalhos envolvem avaliações da qualidade, ciclos de melhoria e outras experiências com o objetivo de melhorar serviços de saúde de diversas partes do Brasil. Os textos utilizam referenciais teóricos e metodológicos internacionais e nacionais das pesquisas em serviços de saúde, governança e gestão da clínica, administração, particularmente da gestão da qualidade e da gestão de riscos. Estão nos eixos temáticos 1, 2 e 4: Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde, Segurança do Paciente e Gestão de riscos em saúde e controles internos.

Esperamos que este livro inspire outras pesquisas e práticas para a melhoria da qualidade e reforce o compromisso de todos com o cuidado seguro, humano e de excelência. A todos uma boa leitura.

Andressa Pedroza Pereira

Patrícia Lopes Oliveira

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	13
CAPÍTULO I.....	14
EDUCAÇÃO PERMANENTE NA GESTÃO EM SAÚDE PARA A PROMOÇÃO DO CUIDADO HUMANIZADO: REVISÃO INTEGRATIVA	
CAPÍTULO II	25
GESTÃO EM SAÚDE DE QUALIDADE EM TEMPOS DE COVID 19	
CAPÍTULO III.....	36
GESTÃO DO SISTEMA NACIONAL DE AUDITORIA NO BRASIL: CONTEXTUALIZAÇÃO E EVOLUÇÃO HISTÓRICA	
CAPÍTULO IV	44
OPORTUNIDADE DE MELHORIA NA IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DA SEPSIS EM UNIDADE DE CUIDADOS ESPECIAIS	
CAPÍTULO V.....	54
O DESAFIO DO TESTE DE VEDAÇÃO DAS MÁSCARAS PFF2 NO CONTEXTO DA COVID19	
CAPÍTULO VI	67
DESENVOLVIMENTO DE CURSO SOBRE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	
CAPÍTULO VII.....	75
MAPEAMENTO DO FLUXO DE VALOR: OPORTUNIDADE DE LEVANTAR FRAGILIDADES EM UM FLUXO DE ATENDIMENTO	
CAPÍTULO VIII	86
APLICABILIDADE DO MÉTODO SIX SIGMA EM HOSPITAIS	
CAPÍTULO IX	112
GESTÃO DE SEGURANÇA NA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE EM AMBIENTES HOSPITALARES: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	

APRESENTAÇÃO

Esta edição do livro **GESTÃO EM SAÚDE: DIVERSIFICAÇÃO, TENDÊNCIAS E APLICABILIDADE DA QUALIDADE NOS SERVIÇOS**, reveste-se de uma importância extraordinária por três ordens de razões: pela atualidade do seu conteúdo, pela sua natureza colaborativa e pela capacidade que tem para unir culturas.

Com efeito, o conteúdo a obra tem uma enorme atualidade, por tratar de um tema emergente da saúde à escala global, o da aplicabilidade da gestão. Tema com implicações técnicas, morais, de reputação e económicas, e sobre o qual a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem protagonizado inúmeras iniciativas.

Inspirado no **CONGRESSO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE**, apoiado pelo Hospital Universitário Júlio Bandeira – HUJB/UFCG/EBSERH, instituição que na mesma linha, vislumbra a gestão numa perspectiva integrada e colocando a ênfase para a sua promoção, nos sistemas de saúde.

A obra tem uma missão definida, de difundir e evidenciar relacionadas a gestão em saúde na ampla tendência de incorporar a qualidade aos serviços de saúde.

Desejamos uma ótima leitura!

Ocilma Barros de Quental

Symara Abrantes Albuquerque de Oliveira Cabral

CAPÍTULO I

EDUCAÇÃO PERMANENTE NA GESTÃO EM SAÚDE PARA A PROMOÇÃO DO CUIDADO HUMANIZADO: REVISÃO INTEGRATIVA

Kaline Oliveira de Sousa
Maria Taís da Silva Santos
Ana Yasmim Gomes de Lima
Maria Fernanda Bandeira da Silva
Maria Berenice Gomes Nascimento

RESUMO

A Educação Permanente em Saúde (EPS) visa atualizar os conhecimentos dos profissionais de saúde, incentivando a criação de metodologias que possam modificar as práticas de cuidado e gestão em saúde, salientando a necessidade de aperfeiçoar os gestores. O objetivo deste estudo é analisar as produções científicas sobre a Educação Permanente na Gestão em Saúde para a prestação do cuidado humanizado. Trata-se de revisão integrativa descritiva, efetivada nas bases de dados CINAHL, EMBASE, SCOPUS e WEB OF SCIENCE do Portal de Periódicos CAPES, e na BDNF, LILACS e MEDLINE da Biblioteca Virtual em Saúde, entrecruzando os descritores "Humanization of Assistance", "Health Management" e a palavra-chave não controlada "Permanent Education" com o operador booleano *AND*. Foram incluídos artigos completos, escritos em Português, Inglês e Espanhol; publicados de 2016 a 2020. Foram excluídos os duplicados e não condizentes com a temática. A amostra resultou de 15 artigos, que apontaram a EPS como principal ferramenta humanizadora, concretizando-se pela participação efetiva da gestão, fomentando transformações institucionais, humanização, escuta qualificada e identificação de fragilidades. No entanto, foram observados obstáculos para implementação da EPS, como: desvalorização ou desconhecimento e carência de investimento. Conclui-se que a utilização da EPS pelos gestores é imprescindível para promover o cuidado humanizado, necessitando maior interesse desses e aplicação de capital.

Palavras-chaves: Educação Permanente, Gestão em Saúde, Humanização da Assistência.

ABSTRACT

Permanent health education aims to update the knowledge of health professionals, encouraging the creation of methodologies that can to modify health care and management practices, emphasizing the need to improve managers. The objective of this study is to analyze the scientific productions on Permanent Education in Health Management for the provision of humanized care. This is an integrative descriptive review, carried out in the CINAHL, EMBASE, SCOPUS and WEB OF SCIENCE databases of the CAPES Journal Portal, and in the BDNF, LILACS and MEDLINE of the Virtual Health Library, intersecting the descriptors "Humanization of Assistance", "Health Management" and the uncontrolled keyword "Permanent Education" with the Boolean operator *AND*. Full articles were included, in Portuguese, English and Spanish; published from 2016 to 2020. Duplicates were excluded and not consistent with the theme. The sample resulted from 15 articles, which pointed to Permanent Education in Health as the main humanizing tool, becoming concrete through the effective participation of management, fostering institutional transformations, humanization, qualified listening and identification of weaknesses. However, obstacles were observed for implementing the Permanent Health Education, such as: Devaluation or lack of knowledge and lack of investment. It is concluded that the use of Permanent Health Education by managers is essential to promote humanized care, requiring greater interest from them and capital investment.

Keywords: Permanent Education, Health Management, Humanization of Assistance.

1 INTRODUÇÃO

Os gestores exercem papéis significativos na administração dos estabelecimentos de saúde, devendo ser responsáveis por suprir as necessidades dos usuários, de modo seguro e eficaz. Nesse contexto, é imprescindível a implementação da Educação Permanente em Saúde (EPS), visto que é um meio indispensável à qualidade da gestão, e possibilita uma assistência crítica e reflexiva, assim como a promoção do cuidado humanizado. Diante disso, a EPS incita a efetivação de uma gestão participativa, salientando a necessidade de aperfeiçoar a formação e o desenvolvimento dos profissionais de saúde.

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) caracteriza a EPS como ferramenta de mudança das práticas profissionais individuais, coletivas, institucionais e da autogestão, ampliando os conhecimentos e incentivando a criação de novas metodologias no processo de aprendizagem do trabalho no cotidiano das organizações (BRASIL, 2018). Além disso, a EPS apresenta êxito, por ser um método político-pedagógico-gerencial que permite construir saberes críticos acerca da realidade vivenciada por cada indivíduo, relacionando diretamente a teoria com a prática (LEMOS, 2016).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), no Brasil, foi um marco para o constructo de reflexões coletivas referentes à gestão dos serviços de saúde (CAMPOS; SENA; SILVA, 2017), sendo criada pelo MS, através da portaria Nº 198, de fevereiro de 2004, e reafirmada em 2007 pela portaria Nº 1.996 (BRASIL, 2007; BRASIL, 2004). Com o lançamento dessa política, o MS implantou a Política Nacional de Humanização (PNH), aperfeiçoando o acolhimento e a gestão (BRASIL, 2010). Nesse sentido, evidencia-se a relevância da EPS voltada à atuação humanizada e equânime e, para isso, é necessário dialogar, problematizar e construir novas práticas (COTTA *et al.*, 2013).

Todavia, apesar da EPS ser um fenômeno extremamente importante, há diversos obstáculos para a sua aplicação. Assim, é preciso investir nessa educação para superar o tecnicismo e fomentar a conscientização dos profissionais acerca de sua magnitude (SILVA *et al.*, 2012). Nota-se, contudo, que há profissionais de saúde, especialmente gestores, que não entendem a importância da implementação da EPS, seja pelo desinteresse ou pela formação deficiente (PERES; SILVA; BARBA, 2016).

Com isso, a relevância da pesquisa é justificada pelo fato de a EPS oportunizar reflexões críticas nos diversos cenários da saúde, tornando-se indubitável a significância de sua utilização pelos gestores, a fim de viabilizar modificações práticas e concisas. Ademais, torna-se primordial para os usuários a implantação da educação permanente para promover resolutividade dos problemas, maior acessibilidade, autonomia e promoção do cuidado humanizado. Tendo em vista essa relevância, o presente estudo objetiva analisar, na literatura científica, a importância da educação permanente na gestão em saúde para a prestação do cuidado humanizado.

1 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, com caráter descritivo, alicerçada por bases científicas, utilizando estudos das bases de dados CINAHL, EMBASE, SCOPUS e WEB OF SCIENCE, do Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), bem como da BDENF, LILACS e MEDLINE, da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Para o constructo deste trabalho, foi adotada a sistematização de seis fases: 1) definição da temática a ser abordada e da questão norteadora; 2) estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão; 3) determinação das bases de dados e da estratégia de busca; 4) análise dos estudos incluídos na síntese qualitativa; 5) interpretação dos achados obtidos; 6) exposição da síntese do conhecimento (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Nessa perspectiva, para o aprimoramento das pesquisas, foi formulada a seguinte questão norteadora: qual a importância da educação permanente na gestão em saúde para a prestação do cuidado humanizado, com base na literatura científica?

A busca eletrônica foi realizada no mês de março de 2021, fazendo o entrecruzamento dos descritores "Humanization of Assistance", "Health Management" e da palavra-chave não controlada "Permanent Education", por meio do operador booleano *AND*. Durante as pesquisas realizadas retornaram 24.142 resultados. Foram incluídos apenas trabalhos disponíveis na íntegra, escritos nos idiomas Português, Inglês e Espanhol, publicados entre os anos de 2016 e 2020. Assim, o número de estudos foi reduzido para 4.141, e desses, foram excluídos os duplicados e

não condizentes com a temática, restando 15 artigos para a amostra final. A figura 1 expressa o fluxograma que remete a esse procedimento.

Com base na metodologia aplicada foi dispensada a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), visto que foram utilizados, exclusivamente, dados provindos de fontes secundárias, isso é, coletados e analisados por outra pessoa durante um processo de investigação pertinente.

Figura 1- Fluxograma da identificação e seleção dos estudos, segundo as recomendações do PRISMA.



Fonte: Moher *et al.* (2009).

2 RESULTADOS

A questão que norteia esta revisão foi respondida com as informações inseridas no quadro 1, no qual estão contidos os artigos selecionados para a amostra final do estudo.

Quadro 1 – Caracterização dos estudos conforme o título, autoria, ano, base de dados, nível de evidência e resposta à pergunta norteadora. Cajazeiras, Paraíba, Brasil, 2021.

Título do Artigo	Autoria, ano	Base de dados	Nível de Evidência	Resposta à Pergunta Norteadora
Educação Permanente como potencializadora da gestão do Sistema único de Saúde brasileiro: Percepção dos gestores	VENDRUSCOL O, C. <i>et al.</i> , 2016	BDEF	Nível VI	Os gestores reconhecem a EPS como um dispositivo fundamental na mudança dos processos de trabalho; o processo de EPS é construído cotidianamente.
Educação permanente em saúde no contexto do trabalho da enfermeira	FAGUNDES, N. C. <i>et al.</i> , 2016	CINAHL	Nível V	Identifica fragilidades nos serviços de saúde; empodera, aperfeiçoa e estimula a união da equipe, e a melhor tomada de decisão; a EPS é melhor concretizada com a participação da gestão e o planejamento de ações práticas; é vista a necessidade de investir na EPS e na formação dos profissionais.
Opinião dos enfermeiros sobre educação permanente em um hospital público	NEVES, G. B. C. <i>et al.</i> , 2016	CINAHL	Nível VI	Mesmo os profissionais considerando a EPS importante, são poucos os que participam das ações; propicia a interação direta entre educador e educando.
A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática	CARDOSO, M. L. M. <i>et al.</i> , 2017	MEDLINE	Nível VI	Fortalece o vínculo entre profissionais e destes com a comunidade; incita os gestores a pensarem criticamente; é eficaz na resolutividade, qualidade e humanização do atendimento; em algumas instituições houve desvalorização e desconhecimento da EPS pelos gestores.

Gestão hospitalar e educação permanente: um estudo descritivo e exploratório	MEDEIROS, S. M. A.; GOUVÊA, M. V., 2017	BDEF	Nível VI	Facilita a autoanálise na prestação do cuidado; constrói conhecimentos inovadores para a assistência humanizada.
Educação permanente: discursos dos profissionais de uma unidade básica de saúde	CAMPOS, K. F. C.; MARQUES, R. C.; SILVA, K. L., 2018	BDEF	Nível VI	Contribui para melhores cuidados aos pacientes; favorece a qualificação e resolubilidade na assistência holística.
Facilidades e dificuldades vivenciadas na Educação Permanente em Saúde, na Estratégia Saúde da Família	PINHEIRO, G. E. W.; AZAMBUJA, M. S.; BONAMIGO, A. W., 2018	LILACS	Nível VI	Propicia maior gerenciamento e organização no ambiente de trabalho, incitando a comunicação efetiva; contribui para o cuidado humanizado e amplo, extinguindo o modelo biomédico.
Dificuldades para implantar estratégias de segurança do paciente: perspectivas de enfermeiros gestores	REIS, G. A. X. <i>et al.</i> , 2019	SCOPUS	Nível VI	A não adesão à EPS dificulta a garantia da segurança do paciente; contribui para a sensibilização e a comunicação efetiva entre os profissionais e os pacientes.
Educação permanente e humanização na transformação das práticas na atenção básica	LOPES, M. T. S. R. L., <i>et al.</i> , 2019	BDEF	Nível VI	A EPS é a principal ferramenta humanizadora; desencadeia transformações internas e externas que refletem no atendimento.
Gestão em enfermagem de pessoal na Estratégia Saúde da Família	COUTINHO, A. F. <i>et al.</i> , 2019	SCOPUS	Nível VI	Fomenta o desenvolvimento das atividades em equipe, e a escuta qualificada no atendimento aos pacientes; confere aos profissionais mais habilidades e confiança ao executar procedimentos.
A implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde na visão	SILVA, C. B. G.; SCHERER, M. D. A. <i>et al.</i> , 2020	SCOPUS	Nível V	A EPS reestrutura os pilares organizacionais das instituições de saúde; contribui para a criação de novas políticas sociais;

de atores que a constroem				proporciona maior qualidade no atendimento.
Contribuições da educação permanente aos núcleos ampliados de saúde da família	VENDRUSCOL O, C. <i>et al.</i> , 2020	BDENF	Nível VI	Permite a reflexão do atendimento por meio de debates interprofissionais; fomenta o apoio entre profissionais e gestão para melhoria na formação e na humanização.
Desenvolvimento de infográfico animado sobre Educação Permanente em Saúde	DORNELES, L. L. <i>et al.</i> , 2020	SCOPUS	Nível V	Amplia o aprendizado no meio profissional; estimula o respeito dos profissionais mediante a distinção sexual, religiosa, cultural, etc.; qualifica a assistência.
Governança e educação permanente em saúde: avaliação de mecanismos, contextos e resultados no Projeto Apoiadores	SILVA, P. A. <i>et al.</i> , 2020	SCOPUS	Nível VI	Propicia maior efetividade na tomada de decisões; facilita a incorporação de medidas essenciais para a humanização e a integralidade do cuidado ao paciente.
Interação profissional na gestão da tríade: educação permanente em saúde, segurança do paciente e qualidade	KOERICH, C.; ERDMANN, A. L.; LANZONI, G. M. M., 2020	SCOPUS	Nível VI	Promove a interdisciplinaridade na saúde para o sucesso da categoria; intensifica a qualidade da gestão, para atender os pacientes integralmente e com segurança.

Fonte: Autoria própria (2021).

4 DISCUSSÃO

Em síntese, os resultados apontaram que a EPS é a principal ferramenta humanizadora, concretizando-se pela participação efetiva da gestão e, considerada vital para as transformações institucionais, promovendo o cuidado humanizado, escuta qualificada, maior acessibilidade e organização do trabalho em saúde, bem como, auxiliando nas decisões, visto que utiliza metodologias ativas e reflexivas, identificando fragilidades, aperfeiçoando os gestores e fortalecendo o vínculo deles com os demais

profissionais e pacientes. No entanto, foram observados obstáculos, por parte de alguns gestores, para a implementação da EPS, tais como: desvalorização ou desconhecimento dessa educação, devido à formação deficiente ou desinteresse e carência de investimento.

Em paralelo, Costa *et al.* (2018) e Draper, Clark e Rogers (2016), afirmam que a EPS deve ser implementada efetivamente nos serviços de saúde, uma vez que permite modificar o processo de trabalho, sendo, estrategicamente, satisfatória no aperfeiçoamento da gestão em saúde, pois permite adotar ações pautadas na detecção e resolução de entraves e na avaliação constante das práticas cotidianas, especialmente quando há o engajamento entre os membros da equipe de saúde. Nessa perspectiva, Silva *et al.* (2018) evidenciam que a EPS apresenta bases sólidas para uma assistência segura e humanizada

Em conformidade, Lopes, Labegalini e Baldissera (2017), e Salum e Prado (2014) salientam que esse método de educação é de extrema significância para a legitimação da humanização no atendimento ao paciente, mas ainda há desafios para a sua consumação, a exemplo da necessidade do maior protagonismo dos gestores e de investimentos econômicos.

5 CONCLUSÃO

Com base nos aspectos observados, torna-se evidente a magnitude da inserção da educação permanente nas condutas dos gestores, diante da promoção do cuidado humanizado, para assegurar um atendimento holístico e saciar as demandas do paciente. Desse modo, é notória a necessidade de maior interesse e capacitação dos gestores, assim como é fundamental a aplicação de capital para superar os entraves existentes para sua concretização.

Ressalta-se que o presente trabalho se consolida como base para outros estudos na temática, sendo indicada a realização de pesquisas no que tange aos desafios para a implementação fidedigna da EPS nos serviços de saúde, a fim de contribuir positivamente para a qualidade da gestão.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** Editora MS, Brasília, 1 ed. rev, 73 p., 2018. ISBN 978-85-334-2649-8. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf. Acesso em: 26 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos HumanizaSUS**. Editora MS, v. 1, 242p., 2010. ISBN 978-85-334-1667-3. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf. Acesso em: 26 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 278, DE 27 DE FEVEREIRO DE 2014**. Disponível em: <http://www.campogrande.ms.gov.br/sesau/downloads/portaria-no-198gm-em-13-de-fevereiro-de-2004/>. Acesso em: 26 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 1.996, DE 20 DE AGOSTO DE 2007**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html. Acesso em: 26 mar. 2021.

CAMPOS, K. F. C.; MARQUES, R. C.; SILVA, K. L. Educação permanente: discursos de profissionais de uma Unidade Básica de Saúde. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, e20180172, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0172>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000400219&lng=en&nrm=iso. Acesso em 15 de mar. 2021.

CAMPOS, K. F. C.; SENA, R. R.; SILVA, K. L. Educação permanente nos serviços de saúde. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, e20160317, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2016-0317>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000400801&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 mar. 2021.

CARDOSO, M. L. M., *et al.* A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1489-1500, 2017. DOI: [10.1590/1413-81232017225.33222016](https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.33222016). Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S1413-81232017002501489. Acesso em: 06 mar. 2021.

COSTA, M. A. R., *et al.* Educação permanente em saúde: a concepção freireana como subsídio à gestão do cuidado. **Cuidado é Fundamental Online**, v. 10, n. 2, p: 558-564, 2018. DOI: [10.9789/2175-5361.2018.v10i2.558-564](https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i2.558-564). Disponível em:

<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6368>. Acesso em: 02 abr. 2021.

COTTA, R. M. M., *et al.* Debates atuais em humanização e saúde: quem somos nós? **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 171-179, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000100018>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100018&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 mar. 2021.

COUTINHO, A. F. *et al.* Gestão em enfermagem de pessoal na estratégia saúde da família. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 13, n. 1, p. 137-147, 2019. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i1a237019p137-147-2019>. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/237019/31190>. Acesso em: 09 mar. 2021.

DORNELES, L. L., *et al.* Development of an animated infographic on Permanent Health Education. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 28, e. 3311, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3536.3311>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692020000100368&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08 mar. 2021.

DRAPER, J.; CLARK, L.; ROGERS, J. Managers' role in maximising investment in continuing professional education. **Nursing Management**, v. 22, n. 9, p: 30-36, 2016. Disponível em: <http://journals.rcni.com/doi/abs/10.7748/nm.22.9.30.s29>. Acesso em: 3 abr. 2021.

FAGUNDES, N. C., *et al.* Educação permanente em saúde no contexto do trabalho da enfermeira. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, e11349, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2016.11349>. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/11349>. Acesso em: 02 mar. 2021.

KOERICH, C.; ERDMANN, A. L.; LANZONI, G. M. M. Interação profissional na gestão da tríade: Educação Permanente em Saúde, segurança do paciente e qualidade. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 28, e. 3379, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4154.3379>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692020000100414&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 de mar. 2021.

LEMOS, C. L. S. Ongoing Health Education in Brazil: education or ongoing management? **Ciência & Saúde Coletiva**, 2016 v. 21, n. 3, p:913-922. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015213.08182015>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000300913&script=sci_abstract. Acesso em: 26 mar. 2021.

LOPES, M. T. S. R. L., *et al.* Educação permanente e humanização na transformação das práticas na atenção básica. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 23, p. 1-7, 2019. Disponível em: <http://reme.org.br/artigo/detalhes/1303>. Acesso em: 06 mar. 2021.

LOPES, M. T. S. R. L.; LABEGALINI, C. M. G.; BALDISSERA, V. D. A. Educar para humanizar: o papel transformador da educação permanente na humanização da atenção básica. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 25, e26278, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2017.26278>. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/26278>. Acesso em: 06 abr. 2021.

MEDEIROS, S. M. A.; GOUVÊA, M. V. Gestão hospitalar e educação permanente: um estudo descritivo e exploratório. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, [S.l.], v. 11, n. 12, p. 5150-5152, dez. 2017. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a25182p5150-5152-2017>. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/25182/25377>. Acesso em: 09 mar. 2021.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17 n. 4: 758-64, 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072008000400018&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 06 abr. 2021.

MOHER, D., *et al.* Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. **PLoS Med**, v. 6, n. 6: e1000097, 2009. DOI: [10.1371/journal.pmed1000097](https://doi.org/10.1371/journal.pmed1000097). Disponível em: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1000097>. Acesso em: 06 abr. 2021.

NEVES, G. B. C., *et al.* Opinião dos enfermeiros sobre educação permanente em um hospital público. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 10, n. 5, p. 1625-34, 2016. DOI: [10.5205/reuol.9003-78704-1-SM.1005201608](https://doi.org/10.5205/reuol.9003-78704-1-SM.1005201608). Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-29645>. Acesso em: 02 mar. 2021.

PERES, C.; SILVA, R. F.; BARBA, P. C. S. D. Desafios e potencialidades do processo de educação permanente em saúde. **Trabalho Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 783-801, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-solo0016>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462016000300783&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 mar. 2021.

PINHEIRO, G. E. W.; AZAMBUJA, M. S.; BONAMIGO, A. W. Facilidades e dificuldades vivenciadas na Educação Permanente em Saúde, na Estratégia Saúde da Família. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe.4, p. 187-197, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s415>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000800187&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 mar. 2021.

REIS, G. A. X., *et al.* Dificuldades para implantar estratégias de segurança do paciente: perspectivas de enfermeiros gestores. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 40, n. spe. 20180366, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983->

1447.2019.20180366. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000200409&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 mar. 2021.

SALUM, N. C.; PRADO, M. L. Educação continuada no desenvolvimento de competências em enfermeiros. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 301-308, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-070720140021600011>. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000200301&lng=en&nrm=iso. Acesso em 06 abr. 2021.

SILVA, C. B. G.; SCHERER, M. D. A. A implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde na visão de atores que a constroem. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, e190840, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.190840>. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832020000100246&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 mar. 2021.

SILVA, A. T., *et al.* Segurança do paciente e a atuação do enfermeiro em hospital. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 12, n. 6, p:1532-8, 2018. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i6a234593p1532-1538-2018>. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-981874>. Acesso em: 01 abr. 2021.

SILVA, L. A. A., *et al.* Desafios na construção de um projeto de educação permanente em saúde. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v.2, n. 3, p: 496-506, 2012. DOI: <https://doi.org/10.5902/217976925364>. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/5364>. Acesso em: 27 mar. 2021.

SILVA, P. A., *et al.* Governança e educação permanente em saúde: avaliação de mecanismos, contextos e resultados no Projeto Apoiadores. **Interface (Botucatu)**, v. 24, e. 190514, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.190514>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832020000100238&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 mar. 2021.

VENDRUSCOLO, C., *et al.* Contribuições da educação permanente aos núcleos ampliados de saúde da família. **Escola Anna Nery**, v. 24, n. 3, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452020000300202&script=sci_arttext. Acesso em: 06 mar. 2021.

VENDRUSCOLO, C., *et al.* Educação Permanente como potencializadora da gestão do Sistema único de Saúde brasileiro: Percepção dos gestores. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 6, n. 1, p. 143-153, 2016. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1034377>. Acesso em: 03 mar. 2021.

CAPÍTULO II

GESTÃO EM SAÚDE DE QUALIDADE EM TEMPOS DE COVID 19

Aline Alves da Silva
Keulle Mayara Barros do Nascimento Silva
Victória da Silva da Cunha
Leila Akemi Evangelista Kusano

RESUMO

Introdução: diante da pandemia de Covid-19, foi necessário que gestores ajustassem as rotinas hospitalares, atualizando protocolos e mantendo vigilância mediante casos suspeitos ou sintomáticos de COVID-19. O despreparo intensificou a perda de profissionais devido à falta de qualificação ou contaminação nos serviços e a escassez de insumos. **Objetivo:** identificar a importância da gestão em saúde e evidenciar as principais ações utilizadas no combate à pandemia. **Método:** foi realizada uma revisão bibliográfica até abril de 2021, na Biblioteca Virtual em Saúde, com critérios de inclusão: artigos publicados de 2016 a 2020 e idioma português. **Resultados:** Foram localizados 284 artigos, após leitura seletiva e exploratória foram selecionados 17 artigos. **Discussão** Mediante a emergência pública foi criado Comitês de Enfrentamento ao COVID-19, realização de reuniões para discussão de fluxogramas de atendimento e criação de protocolos clínicos padronizados. **Considerações finais:** a pandemia desencadeou problemas de saúde pública, relacionados à falta de materiais hospitalares para o tratamento, período de vacinação adiado e de forma lenta para a população de maior necessidade, e a desvalorização com os profissionais que estão lutando na linha frente. Dessa forma, os gestores de saúde possuem papel importante na prevenção desse colapso.

Palavras-chave: Administração Hospitalar, Gestão em saúde, Infecções por coronavírus, Pandemias.

ABSTRACT

Introduction: Faced with the Covid pandemic, it was necessary for managers to adjust hospital routines, updating protocols, and maintaining surveillance upon suspected or symptomatic cases of COVID-19. The unpreparedness intensified the loss of professionals due to lack of qualification or contamination in the services and the shortage of supplies. **Objective:** To identify the importance of health management and to highlight the main actions used to combat the pandemic. **Method:** A literature review was conducted until April 2021 in the Virtual Health Library, with inclusion criteria, being articles from 2016 to 2020, with Portuguese language. **Results:** 284 articles were located, after selective and exploratory reading 17 articles were selected. **Discussion:** Due to the public emergency, the COVID-19 Committee was created, meetings were held to discuss flowcharts and create standardized clinical protocols. **Final considerations:** The pandemic brought about public health problems related to the lack of hospital supplies for treatment, delayed and slow vaccination period for the neediest population, and devaluation of frontline professionals. Thus, health managers have an important role in preventing this collapse.

Keywords: Hospital Administration, Health management, Coronavirus infections, Pandemics.

1 INTRODUÇÃO

O surto do novo coronavírus SARS-coV-2 foi iniciado em dezembro de 2019, na China, especificamente na cidade de Wuhan. A doença se disseminou de forma acelerada, logo atingindo centenas de países dos cinco continentes. A organização mundial da saúde (OMS), declarou emergência global em saúde em 30 de janeiro de 2020, devido a contabilização e confirmação de 7.818 casos de contaminação no mundo, seguido de 170 mortes na China, além de 98 casos em outros países (OMS, 2020).

O COVID-19 chegou trazendo grandes incertezas para a tomada de decisões dos gestores, nenhum país estava preparado para o enfrentamento de uma pandemia, a qual determinou importantes e significativos impactos negativos nos pilares da sociedade, como na saúde, economia e educação (SOUZA *et al.*, 2020; SHIMAZAKI, 2021). Diante desse novo cenário, os gestores de saúde tiveram de fazer planejamentos com foco na gestão de qualidade e ações de melhoria para enfrentar as ameaças que afetam as organizações de saúde e a população. Se fez necessário a elaboração de novos planos de ações para uma doença letal e desconhecida, tomando cuidados necessários para evitar a disseminação do covid-19, lutando contra o tempo, para reduzir a transmissão da doença e os possíveis óbitos e, conseqüentemente, evitar o colapso em um sistema de saúde já debilitado pela falta de profissionais, com limitação de materiais e grandes corrupções. Durante o mesmo período evidenciam-se novas deficiências na gestão, como o aumento no número de afastamentos e adoecimento de servidores (FONSECA, 2021; ZYMLER E ALVES, 2021).

A pandemia só expôs a importância e necessidade de uma rápida revisão da gestão dos sistemas de saúde. O Sistema Único de Saúde (SUS), constituído na universalidade, descentralização e regionalização, dentre outros princípios, mesmo desabastecido, constitui a principal rede de apoio no combate ao vírus a um nível integralizado (GLERIANO *et al.*, 2020).

O Ministério da Saúde elaborou e publicou o "Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo Novo Coronavírus COVID-19", com uma série de ações que foram adotadas para prevenir e controlar a infecção, ao mesmo tempo monitorando respostas e os riscos do COVID-19, o mesmo descreve ações que devem ser tomadas diante do ocorrido (BRASIL, 2020). Tendo em vista essa abordagem sobre a

importância dos gestores no processo de reformulação dos serviços de saúde, o objetivo dessa pesquisa foi evidenciar a importância da gestão em saúde e pontuar as principais ações utilizadas no combate à pandemia.

2 METODOLOGIA

A metodologia abordada neste estudo foi revisão bibliográfica, que tem como papel fundamental identificar e organizar as discrepâncias acerca das informações repassadas e questionadas em uma pesquisa. A revisão permite que os autores desenvolvam estratégias para buscar os dados e recuperar conteúdos (NAZARETH, 2021). A questão de pesquisa utilizada para realização deste estudo foi: como se desenvolvem as estratégias de enfrentamento da pandemia utilizadas pelos gestores e qual a relevância nesse momento desafiador?

A busca das informações bibliográficas ocorreu na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Os critérios de inclusão foram definidos em escolher artigos publicados do ano de 2016 ao mês de abril de 2021, disponibilizados na versão completa, disponíveis para leitura na íntegra, escritos nos idiomas português, inglês e espanhol e que se mostrassem em concordância com o objetivo. Os critérios de exclusão foram: textos duplicados, textos sem relação direta com o tema, artigos de opinião, editorial, carta para o autor e textos publicados fora do período de recorte. As palavras-chaves padronizadas pelos Descritores em Ciências da Saúde, foram: “Administração Hospitalar”, “Gestão em saúde”, “infecções por coronavírus” e “pandemias”. Por fim, foram utilizados os operadores *booleanos* AND e OR, de acordo com as seguintes combinações: Administração Hospitalar OR Gestão em saúde AND infecções por coronavírus OR pandemias, na tentativa de obter um melhor resultado.

3 RESULTADOS

Após a aplicação dos filtros de assunto principal, sendo: administração hospitalar, pandemias, gestão da segurança, administração dos serviços de saúde, liderança, indicadores de qualidade em assistência à saúde, e planejamento em desastres; foram localizados um total de 284 artigos, a partir disso, foram selecionados 54 artigos a partir da leitura de títulos e resumos, após essa seleção foi realizada leitura

seletiva e exploratória, sendo escolhidos 17 artigos, de acordo com objetivo deste estudo, vide tabela (tabela 1).

Tabela 1 – Lista dos artigos analisados, com a descrição dos principais resultados obtidos.

ARTIGO	AUTOR	OBJETIVOS DO ARTIGO	ANÁLISE DOS PRINCIPAIS RESULTADOS
Gestão de projetos voltados para acreditação hospitalar: estudo de caso.	Freire, Batista, Martinez, 2016	Descrever a implantação dos processos de Gerenciamento de Projetos, de acordo com as premissas do corpo de conhecimento em gerenciamento de projetos	A gestão propiciou a execução desse projeto, seguindo com o prazo estabelecido, atendendo aos requisitos de qualidade e autorizando um maior envolvimento e empenho da equipe.
Análise do processo de implantação do serviço de atenção ao paciente com COVID-19.	Souza e Tavares, 2020	Identificar o planejamento e ações em um hospital que presta assistência ao paciente com COVID-19.	É importante utilizar as ações de trabalho e ressaltar a educação continuada em saúde, como formas de ensinar acerca do cuidado de pacientes infectados com o vírus da COVID 19.
Planejamento e gestão de saúde em tempos de pandemia: visão sistemática e cooperação para enfrentar os efeitos da pandemia.	Malik, 2021	Observar a gestão e o planejamento, com comparações sobre as decisões realizadas nacionalmente e internacionalmente, com ênfase crítica para o SUS e seu funcionamento.	É preciso reorganizar as instituições existentes no Brasil, precisando o SUS ser defendido, ter maior aplicação de recursos, diálogos sobre as formas de melhoria na implantação de melhorias e na ampliação da equidade.

GESTÃO ESTRATÉGICA NO ENFRENTAMENTO DA COVID-19 EM UM HOSPITAL PRIVADO.	Sousa <i>et al.</i> , 2020	Informar sobre a estratégia de gerenciamento de um hospital privado do Paraná na pandemia de COVID 19, a partir de um estudo de caso.	Foi possível verificar que ocorreu um aumento na utilização de equipamentos de proteção individual (EPI'S), medicamentos e insumos a partir do início da pandemia. Sendo relevante a educação em saúde continuada, além de organizar as equipes que prestam o cuidado e apoio e aumentar o treinamento dos profissionais.
Reflexões sobre a gestão do Sistema Único de Saúde para a coordenação no enfrentamento da COVID-19.	Gleriano <i>et al.</i> , 2020	Analisar a gestão em saúde do SUS sobre os desafios e como se pode superar os problemas relacionados à coordenação de confrontar a pandemia de COVID-19.	Os desafios encontrados na gestão variam de financeiros, a vigilância em saúde, ou como coordenar uma equipe para elaborar estratégias para fortalecer o SUS, com foco em coordenar a gestão no âmbito da saúde.
Gestão e controle da saúde pública em tempo de pandemia.	Fonseca, 2021	Estabeleceu-se registro de diversas formas sobre a COVID-19 em território brasileiro, a partir das circunstâncias enfrentadas pelos gestores, analisando a tomada de decisões e as ações que vêm sendo realizadas	Algumas ações dos gestores do SUS, como compra de materiais que posteriormente foram desnecessários, além de equipamentos com valores elevados e superfaturados foram identificadas, quando comparadas em tempos de normalidade do mercado.
Governança e estratégia de enfrentamento da COVID-19 pelo ministério da saúde: Diagnóstico da situação entre março e junho de 2020.	Zymler; Alves 2021	O objetivo foi observar a estrutura de gerência do Ministério da Saúde, para ajudar na crise sanitária, orçamentos e financiamento que foram tomadas de março a junho de 2020.	Constatou-se um déficit de gestão por parte do MS devido às estratégias para solucionar os problemas que surgiram devido a pandemia. Todavia, não foi possível deduzir uma lógica sobre o financiamento e transferência dos recursos pelo MS.
Decisões de gestão: Organização da atenção hospitalar em rede na pandemia de COVID-19.	Chioro, 2021	Analisar as estratégias e as adversidades no enfrentamento da elevada demanda de insumos decorrentes da COVID-19.	Identificou como problema na organização hospitalar as divergências tecnológicas, para amplo acesso. Outro fato foi a falta de recursos humanos, desabastecimento.
Compatibilidade dos planos	Peres <i>et al.</i> , 2021	Demonstrar resultados acerca da conformidade referente aos Planos	Identificou que o processo de planejamento estratégico institucional subsidiou o plano estadual de saúde,

estadual e de contingência no cenário da pandemia da COVID-19.		Estaduais de Saúde (PES) – realizados das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) para os anos de 2020 a 2023.	proporcionando a mudança do estado atual. O plano de contingência resultou em um desenvolvimento considerável da gestão do SUS.
O Impacto da regionalização na resposta à pandemia da COVID-19.	Shimazaki, 2021	Identificar os danos gerados ao sistema de saúde durante a pandemia de covid-19, evidenciando pontos que devem ser melhorados na Rede de Atenção à Saúde (RAS).	Foi de extrema importância o compartilhamento de serviços entre APS e setor hospitalar, para a diminuição de filas de espera e melhorar a qualidade de atendimento.
COVID-19: Incerteza, racionalidade e evidências.	Correia, 2021	Evidenciar a falta de capacidade da sociedade em lidar com situações inesperadas, de forma eficiente e racional.	Um período de doença temível se tornou um período de medo, visto que qualquer gesto de carinho ou momento de desatenção pode se tornar fatal. Todos os dias os boletins nos jornais traziam números altos de mortes diárias causadas pela doença.
O planejamento estratégico situacional em tempos de crise.	Caleman <i>et al.</i> , 2021	Abordar sobre o planejamento estratégico situacional (PES), que tem como objetivo gerir estratégias para o enfrentamento de situações complexas.	A importância do trabalho coletivo no planejamento e gestão de situações complexas.
O Comitê Científico de Combate ao Coronavírus do Consórcio Nordeste e a pandemia de COVID-19 no Brasil.	Nicolelis, 2021	Pontuar de maneira detalhada sobre as principais recomendações de atuação na pandemia de COVID 19 durante os 6 meses de abril a outubro de 2020, dissertando sobre as implementações realizadas na região Nordeste.	Foi identificado que os gestores públicos do Brasil têm pouca experiência de comunicação entre a comunidade científica e sua atuação gerencial, diante dos 6 meses em que ocorreu a avaliação dessa experiência. Relacionado aos impactos obtidos, diminuição de casos de infectados pelo vírus, além do número de óbitos por COVID-19, a partir da criação do aconselhamento científico de gestores públicos durante uma crise de caráter nacional e mundial.

Fonte: Autoria própria, 2021.

4 DISCUSSÃO

A ciência sempre foi reconhecida como um meio que promove conhecimento, incentiva pesquisas e desenvolve novas práticas, a ciência em saúde nunca foi tão evidenciada como está atualmente neste período de pandemia da COVID- 19. As incertezas sobre esse vírus desconhecido geraram danos na saúde em extensão mundial, a forma de contaminação, prevenção e tratamento foram questionamentos

que precisaram ser respondidos com urgência para diminuir a evolução da doença. Mas o inevitável aconteceu, o colapso na saúde pública do Brasil chegou ao seu auge devido à falta de preparação política e governamental. Os meios científicos se baseiam em evidências, e neste caso excepcionalmente isso não foi possível, o que se transformou em uma pandemia do medo e uma corrida para a evolução e busca da racionalidade, para lidar com tamanho problema (CORREIA, 2021).

Na atualidade, os seres humanos já vivenciaram diversas pandemias em sua história, colecionando conhecimento de formas de prevenção e tratamentos das mesmas, porém, a maioria das doenças estão sendo transmitidas por conta de relações interpessoais, alguns comportamentos facilitam ou dificultam a disseminação dos vírus, mas o homem é um ser único e cada um reage de uma forma, muitas vezes tendo ações incontrolláveis, que podem ser mudadas por meio de comunicação, educação, planejamento e gestão que trabalham juntas e não de forma independente, evidenciando a importância da ampliação de informações em todos os tipos de comunidades, evidenciando o princípio de integralidade (MALIK, 2021; NICOLELIS, 2021).

Analisar situações, definir metas e traçar uma linha estratégica são etapas do planejamento, que, por sua vez, tem como objetivo alcançar resultados e gerar mudanças no antigo sistema, situações complexas como a que o Brasil está passando, de deficiência no atendimento público, falta de leitos para a população acometida pela doença, entre outros, podem ser amenizadas e até resolvidas em um período de tempo, o cenário da saúde muda constantemente, crises acontecem, mas a gestão deve estar devidamente preparada (CALEMAN *et al.*, 2021).

Desde o surgimento do coronavírus, o período ficou marcado com diversas tribulações na política, crises sanitárias e sociais, a falta de métodos e coordenação do Ministério da Saúde causou milhares de mortes na população. O órgão não foi capaz de ofertar equipamentos de proteção para os profissionais e para as populações de baixa renda, a atenção básica não teve um papel determinado pelo governo, buscando foco apenas em vacinação do vírus influenza. Esses fatores levaram ao agravamento dos casos, deficiência no tratamento das pessoas contaminadas e em formas de prevenção da doença (CHIORO, 2021).

Os gestores possuem um papel importante na prevenção do colapso, bem como no direcionamento de insumos materiais e na sugestão de indicar em quais ocasiões

estes devem ser utilizados, evitando que se ocorram perdas desnecessárias, é essencial que estes possuam destreza em definir os fluxos de trabalho e divisão de profissionais, impedindo que ocorra sobrecarga de trabalho bem como afastamentos. Dessa forma, é fundamental que se eles se mantenham atualizados com novas informações sobre a patologia e tecnologia que possam ser utilizadas, como por exemplo o atendimento via consulta remota, que evita a exposição do funcionário que presta a assistência em saúde, quanto ao paciente que necessita desse serviço, por oferecer menos riscos (CAMPOS *et al.*, 2020).

4.1 GESTÃO DE FLUXO

Diante de agravos da contaminação pelo coronavírus, a assistência foi afetada diretamente, por baixa no número de profissionais capacitados, sendo preciso a contratação e treinamento de novos servidores, atendimentos mais complexos que precisam de um planejamento imediato sofreram com essa crise, justamente por falta de preparação, tanto da gestão dos hospitais, governamental, quanto de profissionais qualificados, déficit de materiais, entre outras causas (SOUSA; TAVARES, 2020).

No ambiente hospitalar estratégias, como alternativa para retirar desse ambiente pacientes que possam realizar seus tratamento em casa ou aqueles que estão aguardando vagas de cuidados continuados integrados, criar um ambiente para a permanência dos pacientes portadores de Covid-19 que tenham alertas de gravidade e que não possam se manter em isolamento domiciliar, encadear entre as redes de saúde formas de estruturar e dividir os tipos de atendimento de acordo com a gravidade de cada paciente (CAMPOS *et al.*, 2020).

4.2 GESTÃO DE CAPACITAÇÃO

O planejamento, definição de objetivos, organização de metas, é uma estratégia de preparação a longo e médio prazo, durante esse período de pandemia foi indispensável a colaboração de toda a equipe de saúde, a união em decisões, delegação de ações, gestão qualificada e preparação para lidar com situações de urgência e emergência, desde a atenção básica à alta complexidade. Os gestores estaduais elaboraram planos de enfrentamento da calamidade do ano de 2020 até 2023 (FREIRE; BATISTA; MARTINEZ, 2016; PERES *et al.*, 2021).

Entre os difíceis desafios a serem enfrentados pelos gestores de saúde, está o de preservar a saúde dos profissionais, caso ocorra uma piora ou aumento no número de casos, demandando mais capacidades deles. Ademais, devem ser intensificadas as ações acerca de educação continuada sobre a utilização de EPI 's, sobre a intubação dos pacientes, cuidados pós morte, treinamento adequado de acordo com a complexidade dos pacientes (SOUSA *et al.*, 2020).

4.3 GESTÃO DE DIRECIONAMENTO DE RECURSOS

Em fevereiro de 2020, o Brasil contava com 32.016 leitos para cuidados críticos (UTI) na rede pública, já tendo uma ocupação média de 95%, unidades de saúde já sobrecarregadas. A qualidade da gestão torna o atendimento aos pacientes mais humanizado, de escuta qualificada, onde as trocas de informações são cruciais para a evolução de todos os setores. Com os esforços dos gestores conseguiram uma ampliação de 39,5% de leitos em fevereiro a julho de 2020, mas houve o esgotamento devido à alta taxa de letalidade do Covid-19 (CHIORO, 2021).

5 CONCLUSÃO

Como foi relatado nesse trabalho, a pandemia da COVID-19, sem dúvida, está sendo um dos maiores desafios enfrentados neste século. Em dezembro de 2019 foram registrados, no Brasil, 3.317.096 casos de COVID-19, constituindo uma taxa de incidência de 15.785 casos para 1 milhão de habitantes, ou seja, foram 107.232 vidas perdidas por conta da atual situação, tal número seria muito maior se não fosse pelos esforços dos gestores de aumentarem a oferta de leitos temporários nas UTIs do SUS, nesse sentido é imprescindível uma gestão de qualidade, implementação de novas políticas públicas para um serviço equitativo, e que todas as necessidades sejam supridas.

Foi observada também a falta de liderança e capacidade de planejamento do Ministério da Saúde no confronto a pandemia. Isso resultou em dificuldades encontradas por usuários e funcionários do SUS, a pandemia veio para fortalecer e desenvolver a gestão hospitalar brasileira, realçando pontos fracos da saúde que devem ser melhorados urgentemente, como a escassez de materiais hospitalares e insumos

em diversas regiões brasileiras, e pontos fortes, como a união de equipes multiprofissionais no combate ao COVID-19.

A assistência funciona de forma síncrona com a gestão. Essa experiência só confirma que a ação de gestores da saúde é essencial para proteger vidas, sendo imprescindível que se sintam suficientemente seguros para tanta responsabilidade.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo coronavírus- COVID 19**. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/13/plano-contingencia-coronavirus-COVID19.pdf>

CALEMAN, Gilson *et al.* O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL EM TEMPOS DE CRISE. **Planejamento e Gestão Volume 2**, p. 40, 2021.

CAMPOS, Luís *et al.* COVID-19 and Seasonal Flu During the Autumn-Winter of 2020/2021 and the Challenges Lying Ahead for Hospitals. **Acta Médica Portuguesa**, v. 33, n. 11, p. 716-719, 2020.

CORREIA, Luis CL. COVID-19: incerteza, racionalidade e evidências. **Planejamento e Gestão**, Volume 2, p. 12, 2021.

CHIORO, Arthur. Decisões de gestão: organização da atenção hospitalar em rede na pandemia de COVID-19. **Planejamento e Gestão**, Volume 2, p 174, 2021.

FONSECA, Humberto Lucena Pereira. Gestão e controle da saúde pública em tempos de pandemia. **Planejamento e Gestão**, Volume 2, p. 296, 2021.

FREIRE, Elana Maria Ramos; BATISTA, Renata Cristina Rocha; MARTINEZ, Maria Regina. Gerenciamento de projetos voltado para acreditação hospitalar: estudo de caso. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 15, n. 1, p. 96-108, 2016.

GLERIANO, Josué Souza *et al.* Reflexões sobre a gestão do Sistema Único de Saúde para a coordenação no enfrentamento da COVID-19. **Escola Anna Nery**, v. 24, n. SPE, 2020.

MALIK, Ana Maria. Planejamento e gestão de saúde em tempos de pandemia: visão sistêmica e cooperação para enfrentar os efeitos da pandemia. **Planejamento e Gestão** Volume 2, p. 28, 2021.

NAZARETH, Camila Cristine Gomes. Revisão de literatura e revisão sistemática: uma análise objetiva. **Revista Fluminense de Odontologia**, 2021.

NICOLELIS, Miguel A.L. O Comitê Científico de Combate ao Coronavírus do Consórcio Nordeste e a pandemia de COVID-19 no Brasil. **CONASS**.

Planejamento e Gestão. Coleção COVID-19, v2. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, p. 126-45, 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **OMS declara emergência de saúde pública internacional para novo coronavírus**. 16 de março de 2020. Acesso em 13 de maio de 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2020/01/oms-declara-emergencia-de-saude-publica-internacional-para-novo-coronavirus>

PERES, Lena Vânia Carneiro *et al.* Compatibilidade dos planos–estadual e de contingência–no cenário da pandemia da COVID-19. **Planejamento e Gestão Volume 2**, p. 146, 2021.

SOUSA, Fernando Miguel *et al.* Gestão estratégica no enfrentamento da Covid-19 em um hospital privado. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 3, n. Supl., 2020.

SOUZA, Odilon Adolfo Branco de; TAVARES, Claudia Mara Melo. Análise do processo de implantação do serviço de atenção ao paciente com COVID-19. **Online braz. j. nurs.**(Online), 2020.

SHIMAZAKI, Maria Emi. O impacto da regionalização na resposta à pandemia da COVID-19. **Planejamento e Gestão Volume 2**, p. 66, 2021.

ZYMLER, Benjamin; ALVES, Francisco Sérgio Maia. Governança e estratégia de enfrentamento da COVID-19 pelo ministério da saúde: Diagnóstico da situação entre março e junho de 2020. **Planejamento e Gestão**, Volume 2, p. 52, 2021.

CAPÍTULO III

GESTÃO DO SISTEMA NACIONAL DE AUDITORIA NO BRASIL: CONTEXTUALIZAÇÃO E EVOLUÇÃO HISTÓRICA

André Luís Gonçalves Fernandes
Ariadne Pereira Pedroza
Francisco Ronner Andrade da Silva
Matheus Fernandes Dantas
Michele Brito de Sousa

RESUMO

Introdução: A auditoria é uma ferramenta de gestão que percorre a linha evolutiva da história desde a sociedade antiga até os dias atuais, ela surgiu da necessidade de organização e acompanha, paralelamente, o surgimento e desenvolvimento da contabilidade na sociedade. **Objetivo:** compreender a evolução do Sistema Nacional de Auditoria, e como objetivos específicos: descrever a história da auditoria; investigar a contribuição do sistema nacional de auditoria na saúde do Brasil. **Método:** Trata-se de um estudo bibliográfico, utilizando literatura dos últimos anos, de acordo com a base de dados nacionais do tipo descritivo exploratório. **Resultados:** A auditoria vem ganhando força nos últimos 50 anos e é cada vez mais reconhecido como ferramenta de gerenciamento para conformidade e controle de qualidade. **Considerações Finais:** Concluindo tem-se a certeza de que o trabalho teve seus objetivos atingidos, uma vez que foram encontrados inúmeros trabalhos que descrevem bem como o sistema nacional de auditoria foi implantado e teve um desenvolvimento gradual até atualmente ser empregada em todos os setores de saúde: federal, estadual e municipal. Constatou-se também a necessidade de estudos mais aprofundados sobre o tema, com o objetivo de identificar e corrigir possíveis falhas na sua execução.

Palavras-Chaves: Auditoria. Gestão. Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Auditing is a management tool that runs through the evolutionary line of history from ancient society to the present day, it arose from the need for organization and accompanies the emergence and development of accounting in society. **Objective:** understand the evolution of the National Audit System and as specific objectives describe the history of auditing; investigate the contribution of the national audit system in health care in Brazil. **Method:** This is a bibliographic study, using literature from recent years, according to the national database of the exploratory descriptive type. **Results:** Auditing has been gaining momentum over the past 50 years and is increasingly recognized as a management tool for compliance and quality control. **Final Considerations:** In conclusion, it is certain that the study had its objectives achieved, since numerous studies were found that describe well how the national auditing system was implanted and had a gradual development until it is currently used in all health sectors: federal, state and municipal. It was also found the need for more in-depth studies on the theme, with the objective of identifying and correcting possible flaws in its execution.

Key words: Auditing. Management. Health.

1 INTRODUÇÃO

A auditoria tem como objetivo maior examinar e corrigir algum tipo de necessidade existente, seja no meio social ou no meio empresarial. Ela surge da ânsia de organização, e para tal faz-se necessário o desenvolvimento de etapas de investigação, avaliação e, finalmente, resolução de possíveis problemas, confrontando determinada situação que inicialmente esteja preestabelecida, perfazendo, assim, o meio de intervenção através da opinião.

Auditoria é um exame cuidadoso e independente das atividades desenvolvidas em determinada empresa ou setor, cujo objetivo é averiguar se elas estão de acordo com as disposições planejadas e/ou estabelecidas previamente, se foram implementadas com eficácia e se estão adequadas com os objetivos traçados pela empresa (CREPALDI, 2006).

Etimologicamente a palavra “auditoria” tem a sua origem no verbo latino *audire*, que significa “ouvir”, e que conduziu à criação da palavra “auditor” (do latim *auditor*) como sendo aquele que ouve. Isto pelo fato de nos primórdios da auditoria os auditores tirarem as suas conclusões fundamentadamente com base nas informações verbais que lhes eram transmitidas (MANUAL DE AUDITORIA INTERNA, 2013).

As auditorias só foram regulamentadas oficialmente no ano de 1946, através do decreto nº 9.295/46 que dispõe sobre a Criação do Conselho Federal de Contabilidade e define as atribuições do Contador e do Guarda-livros, e dá outras providências. Existem ainda, outros órgãos que auxiliam na sua regulamentação. Atualmente, a auditoria conta com um banco de dados mais completos uma vez que a lei 11.941/09 padronizou a atuação dos auditores em todo o país.

Entender as auditorias em todas as suas perspectivas é de extrema importância para todos os campos de trabalho e prestação de serviços que necessitam desse tipo de assistência direta, bem como suas responsabilidades sociais e desenvolvimento na qualidade dos profissionais que atuam como auditores.

O presente artigo tem como objetivo identificar e corrigir possíveis falhas na sua execução. Nesse sentido, desenvolver técnica e prática de atividade de auditoria com enfoque na qualificação de saúde. Tendo ainda como objetivos específicos descrever a história da auditoria; investigar a contribuição do sistema nacional de auditoria na saúde do Brasil.

Compreender, principalmente, sua evolução histórica no Brasil, seu surgimento, implementação, desenvolvimento e legislação vigente nos dias atuais, sendo essa a questão norteadora que justifica este estudo.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo bibliográfico, para o qual foram realizadas buscas na base de dados nacionais SCIELO, BIREME, PUBMED, LILACS E MEDLINE, de artigos publicados nos últimos anos.

A coleta de dados foi realizada no período de 09 de novembro a 01 de dezembro de 2019, de modo que, ao fim da pesquisa, foram encontrados 68 artigos e selecionados 16, partir disso, estabeleciam o critério de inclusão para realização da pesquisa.

O critério para inclusão foi: pesquisas sobre auditorias, sua evolução histórica, aplicabilidade na saúde e evolução no sistema nacional de auditoria; publicados em língua portuguesa ou inglesa; artigos disponibilizados gratuitamente.

O critério de exclusão foi: pesquisas com enfoque único em auditoria contábil e empresarial.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Na área da saúde, a auditoria vem ganhando força nos últimos 50 anos, sendo cada vez mais reconhecido como ferramenta de gerenciamento para conformidade e controle de qualidade (SANTOS; ESLABÃO, 2019). Pode ser definida como análise sistemática e formal de atividades por profissional não-envolvido na sua execução, com o objetivo de assegurar a conformidade, a qualidade e o controle em uma função, processo ou instituição (SOUZA; DYNIEWICZ; KALINOWSKI, 2010).

Não se tem um marco inicial para as auditorias em saúde. Na saúde, a auditoria teve origem em instituições hospitalares, o que proporcionou um quadro teórico mais consolidado nesse campo (SANTOS; ESLABÃO, 2019).

A regulação das ações e os serviços de saúde em todo o território nacional apresentada por meio da Lei N.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, estabeleceu o Sistema Nacional de Auditoria (SNA) como um mecanismo de controle técnico e

financeiro, sob competência do Sistema Único de Saúde (SUS) e em cooperação com os estados, Distrito Federal e municípios (TAJRA *et al.*, 2014).

Conforme o Decreto nº 1.651/1995. O SNA tem como competência precípua a avaliação técnico-científica, contábil, financeira e patrimonial do SUS. As ações de auditoria estão voltadas para o diagnóstico e a transparência, com estímulo ao controle social. A concretização do SNA se dá de forma descentralizada, por meio dos órgãos estaduais, municipais e da representação do Ministério da Saúde em cada estado da Federação, expressando assim a sua dimensão técnica e política (BRASIL, 2017).

Associado ao SNA, o Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Denasus), departamento vinculado à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), é a unidade do Ministério da Saúde competente para realizar atividade de auditoria para verificar a adequação das ações e serviços públicos de saúde e a sua regularidade quanto aos aspectos técnico-científicos, contábeis, financeiros e patrimoniais da aplicação dos recursos do SUS. O Denasus é o órgão de atuação federal do Sistema e, de acordo com a Lei nº 8.689/1993, o órgão central do SNA (BRASIL, 2017).

A missão do Denasus é realizar auditoria no SUS, contribuindo para qualificação da gestão, visando melhoria da atenção e do acesso às ações e aos serviços de Saúde e a visão é ser referência em auditoria, reconhecido pela construção do SNA e sua contribuição para a universalização do acesso e qualidade da atenção à saúde do SUS (BRASIL, 2017).

O Denasus tem suas competências elencadas no art. 40 do Anexo I - Estrutura Regimental do Ministério da Saúde-, do Decreto nº 8.901/2016, que representam três macroatividades desenvolvidas com vistas a atingir a sua consecução, quais sejam: auditoria, monitoramento e promoção do SNA.

Atividades de Auditoria: a atividade de auditoria visa subsidiar os órgãos de governança do SUS, aí incluídas as instâncias colegiadas e tripartites, como Conselho Nacional de Saúde (CNS) e Comissão Inter Gestora Tripartite, na formulação de políticas públicas de saúde e de gestão estratégica, democrática e participativa do SUS. Tal atividade se dá de forma independente e objetiva, por meio da avaliação da adequação das ações e serviços públicos de saúde e de sua regularidade quanto aos aspectos técnico-científicos, contábeis, financeiros e patrimoniais da aplicação dos recursos do SUS.

Os resultados das atividades de auditoria, quando identificadas irregularidades na aplicação dos recursos do SUS, se prestam, ainda nos termos do art. 27 da Lei Complementar nº 141/2012, a auxiliar os Tribunais de Conta e Ministério Público a adoção de providências legais de suas alçadas.

Atividades de Monitoramento: as atividades de monitoramento consistem em avaliar a implementação de medidas saneadoras com vistas à resolução oportuna de deficiências detectadas em atividades de auditoria realizadas pelo Denasus. A atividade de monitoramento, além de acompanhar a evolução do desempenho das entidades auditadas, permite retroalimentação do sistema, na medida em que produz informações estratégicas para tomada de decisão, ou seja, fornece aos gestores o feedback de que necessitam para verificar se as ações que vêm adotando têm contribuído para o alcance dos resultados desejados.

No âmbito dos Estados, as atividades vinculadas ao SNA, ganham força através das Secretarias Estaduais de Saúde, por intermédio das áreas de Controle, Avaliação e Auditoria, respectivamente. Chegando ao campo municipal, cabe as Secretarias Municipais de Saúde, através das áreas de Controle, Avaliação e Auditoria, respectivamente oferecer o suporte que será agregado às atividades demandadas pelos órgãos vinculados ao SNA nas esferas federais e estaduais (GUEDES *et al.*, 2012).

O componente estadual e municipal do SNA deve ser instituído por ato formal no organograma da secretaria de saúde, com estrutura físico-financeira e logística definida e equipe multiprofissional. Bem como aquele que utiliza sistema informatizado e procedimentos padronizados na realização da ação de auditoria. A equipe multiprofissional deve ser capaz de desenvolver ações técnicas e administrativas de auditoria. A estrutura do componente de auditoria deve variar conforme a complexidade da rede de serviços de saúde. Recomenda-se a adoção do Sistema Informatizado de Auditoria do SUS (SISAUD/SUS) para garantir a padronização de procedimentos, rotinas, fluxos e geração de relatórios. Isto possibilita a atuação uniforme das equipes e a sistematização e acompanhamento das atividades de auditoria no SNA (BRASIL, 2017).

Em 2006, a implantação do Pacto pela Saúde surgiu como proposta de superar os impasses vivenciados nas três esferas de gestão do SUS. Essa proposta esteve baseada nos 'Princípios Constitucionais do SUS, com ênfase nas necessidades de Saúde da População', conforme disposto na Portaria N.º 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. O pacto, organizado e articulado a partir de três componentes (Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS), apresentou estratégia para a reorganização do sistema de saúde público no País (TAJRA *et al.*, 2014).

Dentro desse contexto, Surge a Auditoria Primária de Atenção à Saúde (APS),

Na APS, deve haver auditorias para avaliar as ações realizada, e essa tarefa ainda deve ser melhor estruturada, pois A APS está contida em um sistema complexo com a responsabilidade de ser a porta de entrada para a rede de saúde, construindo o limita com as famílias e fornece continuidade de cuidados. Em Além disso, é nesse nível de atenção que um cuidado integrado deve oferecidos ao longo do ciclo de vida, com o desenvolvimento ações intersetoriais, coordenação e / ou integração de cuidados em todos os outros setores (SANTOS; ESLABÃO, 2019).

Atualmente é grande o número de profissionais que realizam auditoria em saúde e, para que seja realizada de forma efetiva, é preciso que os auditores (internos) conheçam as atividades que estão sendo auditadas, além do fluxo de auditoria e custos de materiais e medicamentos (SOUZA; DYNIEWICZ; KALINOWSKI, 2010).

A auditoria pode ser desenvolvida em vários setores da saúde e por diferentes profissionais; destacam-se entre eles, a auditoria médica e a auditoria de enfermagem. Ambas dispõem de áreas específicas de atuação, sendo que a característica do serviço em saúde definirá o papel do auditor e, lembrando que seus objetivos são sempre os mesmos, ou seja, garantir a qualidade no atendimento ao cliente, evitar desperdícios e auxiliar no controle dos custos (ALEXANDRE, 2013).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A auditoria, como um sistema secular de organização, tem um papel fundamental na história evolutiva do sistema de controle de qualidade, ela, embora tenha uma regulamentação deveras recente, se fez presente nas sociedades antigas, medievais e modernas, uma vez que povos de diversas culturas ao longo de toda a história fizeram uso de atividades relacionadas a métodos de auditoria. Com o passar dos anos, o sistema modernizou-se e hoje faz parte de todos os setores no qual estamos inseridos, em especial no âmbito da saúde.

Os objetivos deste estudo foram atingidos, uma vez que foram encontrados inúmeros trabalhos que descrevem bem como o sistema nacional de auditoria foi implantado e teve um desenvolvimento gradual até atualmente ser empregada em todos os setores de saúde: federal, estadual e municipal.

Apesar de sua origem contábil, o sistema de auditorias, ganhou espaço também na saúde, ela surge como estratégia de organização contando com uma lei específica

que a regulamentação, fazendo com que o sistema nacional de auditoria seja indispensável para a qualidade de assistência no SUS, e compreender sua evolução e imprescindível tanto para mantê-la como melhorá-la, para que seja instrumento de evolução social.

São várias as formas de auditoria e profissionais que podem atuar nela com destaque especial para médicos e enfermeiros, bem como são diversos os modelos que podem ser empregados no âmbito da saúde, mas que de modo geral, todos necessitam de um profissional com responsabilidade técnica para fazê-la.

Apesar da sua importância são poucos os estudos aprofundados sobre o tema, o que faz com que este estudo seja extremamente relevante e que possa servir de base para estudos futuros. Sendo assim, espera-se que este trabalho contribua com o conhecimento técnico-científico para toda a sociedade.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, L. F. P. **As relações entre o Império Carolíngio e o cristianismo nos séculos VIII e IX no Ocidente Medieval: elementos da análise historiográfica.** VI Congresso Internacional de História. Universidade Estadual de Maringá, UEM. 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **LEI Nº 11.941, DE 27 DE MAIO DE 2009.** Altera a legislação tributária federal relativa ao parcelamento ordinário de débitos tributários; concede remissão nos casos em que especifica; institui regime tributário de transição. 2009.

DECRETO-LEI Nº 9.295, DE 27 DE MAIO DE 1946. Cria o Conselho Federal de Contabilidade, define as atribuições do Contador e do Guarda-livros, e dá outras providências. 1946.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Auditoria do SUS.** Portal do Governo Brasileiro. 2017. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/participacao-e-controle-social/auditoria-do-sus>. Acesso em: 12 de novembro de 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Decreto 8901/16 | Decreto nº 8.901, de 10 de novembro de 2016.** Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em comissão e funções gratificadas e substitui cargos em comissão do Grupo Direção e Assessoramento Superiores - DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo - FCPE. 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **DECRETO Nº 1.651, DE 28 DE SETEMBRO DE 1995.** Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde. 1995.

BRASIL, Ministério da Saúde. **LEI COMPLEMENTAR Nº 141, DE 13 DE JANEIRO DE 2012.** Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990.

BRASIL, Ministério da Saúde. **LEI Nº 8.689, DE 27 DE JULHO DE 1993.** Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e dá outras providências. 1993.

BRASIL, Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 399, DE 22 DE FEVEREIRO DE 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Sistema Nacional de Auditoria do SUS (SNA).** Portal do Governo Brasileiro. 2017. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/participacao-e-controle-social/auditoria-do-sus/sistema-nacional-de-auditoria>. Acesso em: 12 de novembro de 2019.

CREPALDI, S. A. **Origem, evolução e desenvolvimento da auditoria.** Portal classe contábil, 2006. Disponível em: <https://classecontabil.com.br/origem-evolucao-e-desenvolvimento-da-auditoria/>. Acesso em: 12 de novembro de 2019.

GUEDES, D. N; ROCHA, T. A; RIBEIRO, E. P. S. G. O papel do Sistema Nacional de Auditoria e sua base legal na otimização da Gestão de serviços oferecidos pelo SUS. **Rev. Âmbito Jurídico on-line.** 2012.

SANTOS E. O; ESLABÃO A. D. Auditing Practices in the Brazilian Unified Health System: An Integrative Literature Review. **J. res.: fundam. Care. Online.** v. 11, nº 3. 2019. p.792-80.

SOUZA, L. A. A; DYNIEWICZ, A. M; KALINOWSKI, L. C. Auditoria: uma abordagem histórica e atual. **RAS.** v. 12, nº 47, 2010. p. 71-78

TAJRA, F. S; LIRA, G. V; RODRIGUES, A. B; JUNIOR, L. G. Análise da produção em auditoria e saúde pública a partir da base de dados da Biblioteca Virtual da Saúde. **Saúde debate.** v.38 nº100. 2014.

CAPÍTULO IV

OPORTUNIDADE DE MELHORIA NA IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DA SEPSE EM UNIDADE DE CUIDADOS ESPECIAIS

Francisca Brunna de Carvalho Costa Vasconcelos
Tárcilla Pinto Passos Bezerra
Viviane Peixoto dos Santos Pennafort
Ana Elza Oliveira de Mendonça
Vilani Medeiros de Araújo Nunes

RESUMO

A unidade de cuidados especiais tem por finalidade oferecer assistência especializadas de forma contínua a pacientes críticos com alta dependência. Objetivou-se analisar a oportunidade de melhoria na implantação do protocolo de prevenção da sepse na unidade de cuidados especiais. Trata-se de um relato de experiência acerca do ciclo de melhoria vinculado às atividades do Mestrado Profissional Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, realizado junto à equipe multiprofissional, no período compreendido entre os meses de outubro e dezembro de 2020, em hospital de alta complexidade, localizado no interior do Estado do Ceará. Para identificação das causas de falhas na adesão ao protocolo utilizou-se a técnica de *brainstorming*, grupo nominal e matriz de priorização. Para análise da oportunidade de melhoria optou-se pelo Diagrama de Ishikawa. Os critérios priorizados foram: estratégias para disseminação do protocolo; identificação precoce dos sinais e sintomas da sepse; diagnóstico, realização de exames e tratamento da sepse em tempo oportuno; administração de antibiótico e reposição volêmica; seguimento criterioso da escala de alerta precoce; cumprimento dos planos terapêutico e de alta; estímulo à comunicação e envolvimento da equipe multiprofissional. Observou-se como prioridade definir, objetivamente, o tipo de cuidado que deve ser ofertado aos pacientes da unidade.

Palavras-chave: cuidados críticos, cuidados paliativos, gestão da qualidade, segurança do paciente, sepse.

ABSTRACT

The purpose of the special care unit is to continuously offer specialized assistance to critically ill patients with high dependency. The objective was to analyze the opportunity for improvement to strengthen the sepsis prevention protocol in the special care unit. This is an experience report about the improvement cycle linked to the activities of the Professional Master's Degree in Quality Management in Health Services at the Federal University of Rio Grande do Norte, carried out with the multiprofessional team, from October to December 2020, in a highly complex hospital located in the State of Ceará. To identify the causes of failure to adhere to the protocol, the brainstorming technique, nominal group and prioritization matrix was used. For the analysis of the opportunity for improvement, the Ishikawa Diagram was chosen. The prioritized criteria were: strategies for disseminating the protocol; early identification of sepsis signs and symptoms; diagnosis, tests and sepsis treatment in a timely manner; antibiotic administration and volume replacement; careful monitoring of the early warning scale; compliance with the therapeutic and discharge plans; encouragement of communication and involvement of the multidisciplinary team. It was observed as a priority to define objectively the type of care that should be offered to patients in the unit.

Keywords: critical care, palliative care, quality management, patient safety, sepsis.

1 INTRODUÇÃO

A Unidade de Cuidados Especiais (UCE) tem por finalidade oferecer assistência especializada, de forma contínua, a pacientes críticos com alta dependência, com comorbidades crônicas em estágio avançado, geralmente, sem possibilidade terapêutica de cura ou em reabilitação. Ante à complexidade dessa unidade de cuidados, destaca-se a alta prevalência de sepse e mortalidade dos pacientes.

Ressalta-se que a sepse é uma síndrome extremamente prevalente, com elevada morbidade e mortalidade e que demanda altos custos, com potencial elevado de mortalidade em todo o mundo (SOUZA, 2018). A *Society of Critical Care Medicine* (SCCM) e a *European Society of Critical Care Medicine* (ESICM) promoveram uma nova conferência de consenso e publicaram as novas definições de sepse, conhecidas como Sepsis 3. Conforme atualização, a sepse é definida como a presença de disfunção orgânica ameaçadora à vida, secundária à resposta desregulada do organismo à infecção (SINGER *et al.*, 2016).

Observa-se que as manifestações clínicas da sepse são polimorfas, as quais dependem de diversos fatores, incluindo a etiologia da infecção, as comorbidades, assim como, as características da pessoa e o tempo de evolução do adoecimento (KLEINPELL, 2017). Acrescenta-se que os pacientes nessa condição clínica vivenciam o comprometimento da estabilidade hemodinâmica, com descompensação fisiológica acompanhada por achados subjetivos ou objetivos (PADILHA; MAYO, 2018).

Considerando-se a prevalência hospitalar crescente, a sepse representa, atualmente, um grande desafio para a saúde pública, à medida que esse contexto requer uma atuação competente da equipe multiprofissional na identificação, prevenção e controle da sepse no paciente crítico (BRANCO *et al.*, 2020).

Dessa forma, os objetivos dos cuidados paliativos envolvem a redução da morbidade e a mortalidade associadas ao processo de adoecimento crítico, com a manutenção da função orgânica e restauração da saúde. Além disso, os cuidados devem proporcionar aos pacientes o retorno da funcionalidade e qualidade de vida aceitáveis para eles mesmos, em uma perspectiva individual, e reduzir deficiências. Em todos os momentos busca-se minimizar o sofrimento da pessoa e de seus familiares (SES – DF 2017).

Iniciativas de melhoria da qualidade têm buscado mudar esse cenário, porém, essa ferramenta ainda precisa ser melhor explorada, especialmente pelos países de baixa e média renda. Seu reconhecimento precoce e tratamento adequado são fatores primordiais para a mudança desse cenário. A implementação de protocolos clínicos gerenciados é uma ferramenta útil neste contexto, auxiliando as instituições na padronização do atendimento ao paciente séptico, reduzindo a probabilidade de desfechos negativos e proporcionando melhor efetividade do tratamento (SOUZA, 2018).

Branco *et al.* (2020) também ressaltam os benefícios na implementação de protocolos e outras ferramentas de triagem, uma vez que auxiliam os profissionais, em especial a equipe de enfermagem, no reconhecimento dessa problemática, garantindo uma intervenção segura, eficaz e direcionada. O agir precoce, por parte da equipe, conduz a melhorias na qualidade de vida do paciente com sepse, minimizando a incidência da disfunção multiorgânica.

No entanto, as dificuldades no processo de implementação de qualquer protocolo visando melhoria de qualidade assistencial são muitas. Considera-se que os principais entraves neste processo é o diagnóstico tardio de sepse dos pacientes, com consequente atraso na intervenção e aumento de mortalidade. A falta de estrutura dos hospitais, a limitação do quantitativo de profissionais qualificados e o desconhecimento das diretrizes de tratamento também são causas potenciais (VIANA *et al.*, 2020).

Nessa perspectiva, ao observar a baixa adesão da equipe multiprofissional ao protocolo de prevenção da sepse na UCE, vislumbra-se, por meio deste trabalho, promover melhorias na sua implementação, a fim de reduzir as complicações e a mortalidade dos pacientes, assim como os custos advindos da terapêutica para o controle e tratamento da sepse.

Dessa forma, objetivou-se analisar a oportunidade de melhoria na implantação do protocolo de prevenção da sepse na UCE.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência vinculado às atividades práticas do Mestrado Profissional Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde da Universidade

Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), realizado junto à equipe multiprofissional da UCE de um hospital de alta complexidade localizado no interior do Ceará.

A UCE é uma enfermaria com 16 leitos, em funcionamento desde agosto de 2014, com finalidade principal de oferecer o cuidado continuado aos pacientes em adoecimento crônico de evolução lenta, com previsão de pouca ou nenhuma melhoria clínica, funcional e cognitiva; pacientes com suporte ventilatório invasivo prolongado, que estejam traqueostomizados, com desmame difícil ou indicação de suporte permanente, clinicamente estáveis e sem uso de drogas vasoativas nas últimas 24 horas; pacientes para os quais se tenham esgotadas as possibilidades terapêuticas curativas e que possam permanecer fora de Unidade de Terapia Intensiva (UTI); pacientes traqueostomizados, para desmame de traqueóstomo e/ou preparo para desospitalização; pacientes em cuidados de final de vida, que estejam em cuidados paliativos sem condição de desospitalização, e que não estejam com intubação orotraqueal; pacientes em cuidados paliativos, sem condição de tratamento domiciliar; pacientes imobilizados com feridas complicadas ou sondas, com longa permanência hospitalar. A UCE consolida-se, portanto, como uma unidade voltada aos cuidados paliativos e de reabilitação de pacientes críticos crônicos e com alta dependência terapêutica.

O estudo foi conduzido pelas coordenações do centro de estudos, médica e de enfermagem. Neste caso, o grupo de melhoria foi composto por seis membros. Foi desenvolvido no período de outubro a dezembro de 2020, por meio de um ciclo de melhoria para o fortalecimento do protocolo de prevenção da sepse na UCE.

O ciclo de melhoria é composto por seis etapas distintas, que precisam ser seguidas em estudos de melhoria da qualidade: identificação e priorização do problema; a análise da oportunidade de melhoria; construção e validação dos critérios de qualidade; planejamento; implementação da intervenção e reavaliação do nível de qualidade (HERNÁNDEZ; SANTIAGO; BOTELLA *apud* HERNÁNDEZ *et al.*, 2008; TIMÓTEO *et al.*, 2020). No entanto, este relato refere-se as etapas iniciais, com identificação e priorização do problema, seguida da análise da oportunidade de melhoria, por meio de ferramentas de gestão da qualidade e a construção dos critérios de qualidade.

Para identificação das causas de falha na adesão ao protocolo de prevenção da sepse foram utilizadas as seguintes técnicas: *brainstorming*, grupo nominal e matriz

de priorização por pares. Nessa fase, as moderadoras do grupo apresentaram a proposta do trabalho prático, o qual objetiva a identificação de oportunidades de melhoria no contexto da fragilidade na abertura do protocolo sepse na UCE. E ainda, foi solicitado que as participantes refletissem sobre o serviço e descrevessem em um papel, de forma clara e objetiva, as fragilidades evidenciadas. Em seguida, o grupo realizou a priorização das ideias na matriz.

Após a consolidação das causas elencadas pelo grupo, foi realizada a análise da oportunidade de melhoria, por meio do Diagrama de *Ishikawa* com classificação dos grupos de causas. No total, foram realizados cinco encontros com o grupo de melhoria, com duração média de duas horas cada um.

Foram preservados os preceitos éticos da resolução nº 510, de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde, por se tratar de pesquisa que objetiva o aprofundamento teórico de situações que emergiram espontânea e contingencialmente na prática profissional, sem identificação do sujeito.

3 RESULTADOS

É possível verificar na matriz de priorização, apresentada no quadro 1, os problemas de qualidade acerca da abertura do protocolo de prevenção da sepse emergidos a partir da discussão e análise dos membros do grupo de melhoria, os quais foram apresentados por ordem decrescente, segundo a pontuação obtida.

Quadro 1 – Matriz de priorização dos problemas de qualidade acerca das fragilidades na abertura do protocolo de prevenção da sepse na Unidade de Cuidados Especiais.

Problema de qualidade	Afeta muito os pacientes?	Representa um risco grave para a saúde?	A possível solução depende de esforços internos?	É uma solução barata?	Pontuação
Falta de clareza na definição dos cuidados	++++	++++	++++	++++	16
Não abertura do protocolo sepse	+++	++++	++++	++++	15
Falhas na comunicação entre os profissionais	++	+++	++++	++++	13

Falta de consenso da equipe quanto ao momento de abertura do protocolo	++	+++	++++	++++	13
--	----	-----	------	------	----

Fonte: autoria própria, 2021.

Identificou-se como prioridade definir, com clareza o tipo de cuidado que deve ser ofertado aos pacientes da UCE pela equipe multiprofissional, como por exemplo, a indicação de limitação de algum tipo de suporte terapêutico ou reabilitação sem limitação de suporte. E ainda, melhorar a comunicação entre os profissionais, assim como, buscar medidas de consenso quanto ao momento oportuno para abertura do protocolo.

A partir da priorização dos fatores desencadeadores das falhas na abertura do protocolo de prevenção da sepse, foi analisada a oportunidade de melhoria, conforme a categorização dos grupos causais, o que foi ilustrado na figura a seguir.

Figura 1 – Oportunidade de melhoria na abertura do protocolo de prevenção da sepse e redução da mortalidade na Unidade de Cuidados Especiais, por meio do Diagrama de Ishikawa.



Fonte: autoria própria, 2021.

As principais categorias de causas de não adesão ao protocolo sepse foram:

I- Material - insumos insuficientes ou indisponíveis, materiais e/ou equipamentos indisponíveis.

II- Método – fragilidades do protocolo, pouca interação entre os serviços de apoio, comunicação deficiente entre os membros da equipe e lacunas na capacitação profissional.

III- Pessoal – baixa adesão às boas práticas recomendadas pelo protocolo, diagnóstico tardio da sepse, condutas sem padronização, desmotivação profissional e dificuldade na compreensão acerca da relevância da abertura do protocolo sepse.

IV- Usuários – participação incipiente dos usuários no plano de cuidados, conhecimento deficiente acerca dos direitos e deveres e falta de interesse.

Dessa forma, os critérios de avaliação da qualidade para o fortalecimento de adesão ao protocolo priorizaram: estratégias para disseminação do protocolo; identificação precoce dos sinais e sintomas da sepse; diagnóstico, realização de exames e tratamento da sepse em tempo oportuno; administração de antibiótico e reposição volêmica na 1ª hora de abertura do protocolo sepse; seguimento criterioso da escala de alerta precoce; cumprimento dos planos terapêutico e de alta; estímulo à comunicação e envolvimento da equipe multiprofissional e o monitoramento da taxa de vidas salvas.

4 DISCUSSÃO

Infere-se que a falta de clareza quanto ao tipo de cuidado, assim como as falhas de comunicação entre os profissionais, são fatores determinantes para a baixa adesão ao protocolo sepse, uma vez que alguns procedimentos não são indicados para pacientes em cuidados críticos ou palição, como a reanimação cardiopulmonar, por exemplo. Outro fator que deve ser considerado, é que parte da equipe entende que não seria oportuna a abertura do protocolo sepse nesses casos, por não trazer benefícios reais para aqueles pacientes com refratariedade ao tratamento já instituído.

Nesse contexto, estudo realizado em Hospital de Ensino de Minas Gerais, identificou que a escala de alerta precoce, utilizada na avaliação dos pacientes em cuidados intensivos, mostrou-se um instrumento fidedigno para identificação da

deterioração clínica, recomendando-a para prevenção de parada cardiorrespiratória em adultos no ambiente hospitalar (NASCIMENTO *et al.*, 2019).

É notório que a atuação da equipe de enfermagem se faz imprescindível no atendimento ao usuário com diagnóstico suspeito ou confirmado de sepse grave ou choque séptico, uma vez que é a equipe que está mais próxima durante o cuidado, além de ser aquela que, quando devidamente treinada, é capaz de identificar precocemente os sinais e sintomas de alerta para sepse, assim como implementar as intervenções específicas preconizadas pelos *guidelines* e protocolos institucionais (MEDEIROS *et al.*, 2016).

Faz-se necessário maiores investimentos no desenvolvimento e implementação de protocolos de gravidade nos serviços de saúde pública brasileiros, assim como o desenvolvimento mesmo que incipiente, de uma cultura de segurança institucional, na qual as pessoas se manifestem quando observam situações e comportamentos de risco, em que a hierarquia é relativamente plana (WACHTER *apud* WACHTER, 2013).

Estudo de Formentin *et al.* (2021) evidenciou a existência de conflito entre o idealizado e o realizado, os profissionais mencionam aquilo que consideram como prioridade para o cuidado no final da vida, mas nem sempre conseguem implementá-lo. E enfatizam que, quando o fim da vida ocorre nos serviços de saúde, são necessários movimentos de desconstrução das práticas ofertadas, com o propósito de qualificar a assistência, oferecendo condições de formação e de reconhecimento da importância do espaço que ocupam nas vidas que estão no fim.

5 CONCLUSÃO

A análise da oportunidade de melhoria por meio das ferramentas de gestão da qualidade para abertura do protocolo de prevenção da sepse, na UCE, foi fundamental no enfrentamento das limitações que emergiram nas dimensões institucionais, profissionais e aquelas relacionadas à participação do paciente/familiar na priorização dos cuidados considerados essenciais nessa fase final da vida.

Foram destacadas como prioridades, definir objetivamente o tipo de cuidado que deve ser ofertado aos pacientes da UCE, e identificar precocemente os sinais e sintomas da sepse, com abertura do protocolo em momento oportuno.

Para que o protocolo seja implantado de forma efetiva, faz-se necessário que os profissionais envolvidos no cuidado ao paciente crítico em processo de terminalidade de vida, estejam sensíveis e sejam capacitados, conforme as condutas preconizadas como boas práticas na prevenção da sepse.

REFERÊNCIAS

BRANCO, M.J.C.; *et al.* The role of the nurse in caring for the critical patient with sepsis. **Rev Bras Enferm.** v.73, n.4:e20190031, 2020. [acesso 2021 abr 25] Disponível em: doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0031>

FORMENTIN, M.S.; *et al.* Barreiras ao cuidado no final de vida em um serviço de urgência e emergência. **Rev. urug. Enferm.** v.16, n.1,p. 1-13; 2021. [acesso 2021 abr 25]. Disponível em: DOI: 10.33517/rue2021v16n1a2

KLEINPELL, R. Promoting early identification of sepsis in hospitalized patients with nurse-led protocols. **Crit Care.** v.21, n.1, p.10; 2017. [acesso 2021 abr 25]. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13054-016-1590-0>

MEDEIROS, A.P.; *et al.* Implementação de um protocolo clínico gerenciado de sepse grave e choque séptico. **Revista Qualidade HC.**; p:109-120, 2016. [acesso 2021 abr 29]. Disponível em: <https://www.hcrp.usp.br/revistaqualidadehc/uploads/Artigos/149/149.pdf>

NASCIMENTO, J.S.G.; *et al.* Poder preditivo de uma escala de alerta precoce para deterioração clínica de pacientes críticos. **Rev. Enferm. UFSM.**; [acesso 2021 abr 29]v.10 e5: 1-15, 2019. DOI:<https://doi.org/10.5902/217976923830>

PADILHA, R.M.; MAYO, A.M. Clinical deterioration: A concept analysis. **J Clin Nurs.** v.27, p.1360-8, 2018. [acesso 2021 abr 29]. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1111/jocn.14238>.

HERNÁNDEZ, P.J.S.; SANTIAGO, M.C.; BOTELLA, J. A. Joaquín. Métodos de análise de problemas de qualidade: unidade temática 2. In: HERNÁNDEZ, P.J.S. *et al.* **Atividades básicas para melhoria contínua: métodos e instrumentos para realizar o ciclo de melhoria: módulo II.** Natal: SEDIS-UFRN, 2017.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL- SES-DF. Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde da SES-DF – CPPAS. Protocolo de Atenção à Saúde - **Diretriz para cuidados paliativos em pacientes críticos adultos admitidos em UTI: norteando as prioridades de cuidado.** Brasília -DF. v.1, 61p; 2017. [acesso 2021 mai 02]. Disponível em: http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/6.-Cuidados_Paliativos_em_UTI.pdf

SINGER, M.; *et al.* The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). **JAMA**. v.31, n.8, p.801-810, 2016. [acesso 2021 mai 10]. Disponível em: doi:10.1001/jama.2016.0287

SOUZA, Damito Robson Xavier de. **Avaliação e melhoria do processo de cuidado do paciente com sepse em um serviço de emergência**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde. Natal, RN, 2018, 50f.: il. [acesso 2021 mai 10]. Disponível em <https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/26590>

TIMÓTEO, M.S.T.B.A. *et al.* Implementation of improvement cycle in health records of mobile emergency prehospital care. **Rev. Bras. Enferm.** v. 73, n. 4, e20190049, 2020. [acesso 2021 abr 25]. Disponível em: doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0049>

VIANA, R.A.P.P.; *et al.* **Sepse, um problema de saúde pública: a atuação e colaboração da enfermagem na rápida identificação e tratamento da doença**. 3ed, São Paulo: COREN-SP, 2020. [acesso 2021 mai 05]. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2021/02/Sepse-Um-Problema-Saude-Publica.pdf>

WACHTER, R.M. Criando uma cultura de segurança. In: Wachter, RM. **Compreendendo a Segurança do Paciente**. 2a ed. Porto Alegre: AMGH. p. 251-275, 2013.

CAPÍTULO V

O DESAFIO DO TESTE DE VEDAÇÃO DAS MÁSCARAS PFF2 NO CONTEXTO DA COVID19

Marcio Andre Anzoategui
Davi Avelino da Silva
Tasso Hamm Lucas

RESUMO

Desde o início dos casos ativos de COVID-19 no Brasil, diversas informações foram vinculadas com relação aos meios de transmissão, evidenciando a necessidade de um controle com relação ao teste de vedação das máscaras PFF2. Baseado no exposto foi exigido da instituição um plano de contingência que abrangesse o treinamento presencial relativo à vedação das máscaras distribuídas. Nesse sentido, metodologias ativas foram criadas para suprir a necessidade emergente dos testes, conduzindo a uma interação entre o profissional da área de segurança do trabalho e a linha de frente do combate ao COVID-19. Os primeiros casos confirmados no ambiente objeto deste relato de experiência tiveram início no mês de março do ano de 2020. O objetivo deste trabalho é relatar as experiências neste processo ensino-aprendizagem com relação aos testes de vedação das máscaras PFF2.

Palavras-chave: Aprendizagem Baseada em Problemas. Avaliação de Resultados de ações Preventivas. Dispositivos de Proteção Respiratória. Equipamentos de Segurança. Saúde do Trabalhador.

ABSTRACT

Since the beginning of the active cases in Brazil in relation to COVID-19, several information have been linked to the means of transmission, showing the need of control on the sealing test of the PFF2 masks. Based on the above, the institution was required to have a contingency plan covering the face-to-face training related to the sealing of the distributed masks. Then active methodologies were created to supply the emerging need for testing, leading to an interaction between the Occupational Health and Safety Professional and the front line of the fight against COVID-19. The first cases confirmed in the environment object of this experience report began in March of 2020. The objective of this work is to report the experiences in this teaching-learning process about the sealing tests of the PFF2 masks.

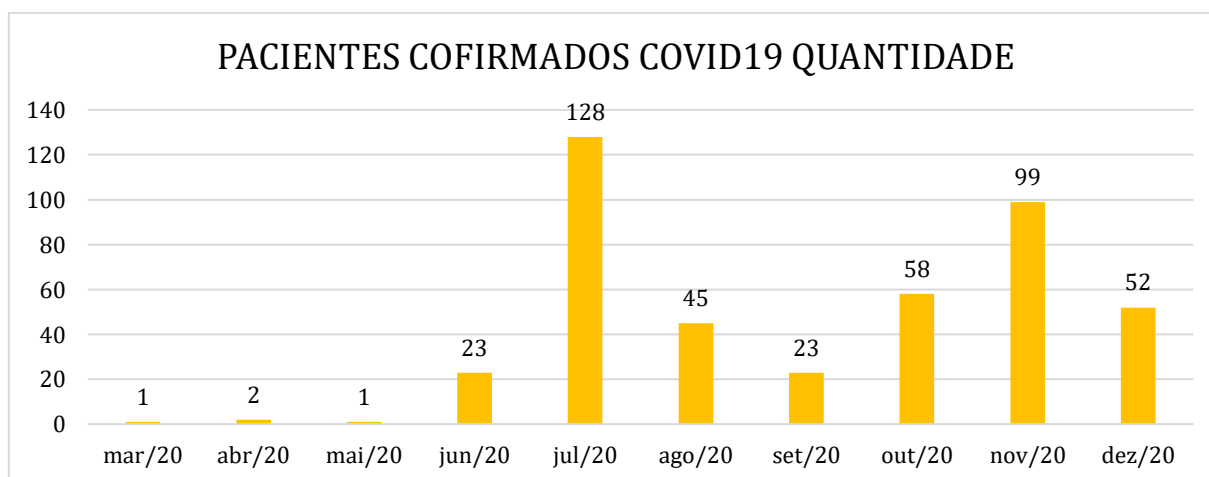
Keywords: Problem-Based Learning. Evaluation of Results of Preventive Actions. Respiratory Protection Devices. Safety equipment. Worker's health.

1 INTRODUÇÃO

Com a chegada do vírus responsável pela COVID-19 em nosso país, no mês de fevereiro, tornaram-se necessárias ações que minimizem a possibilidade de contágio no ambiente hospitalar para garantir a segurança do paciente e do trabalhador.

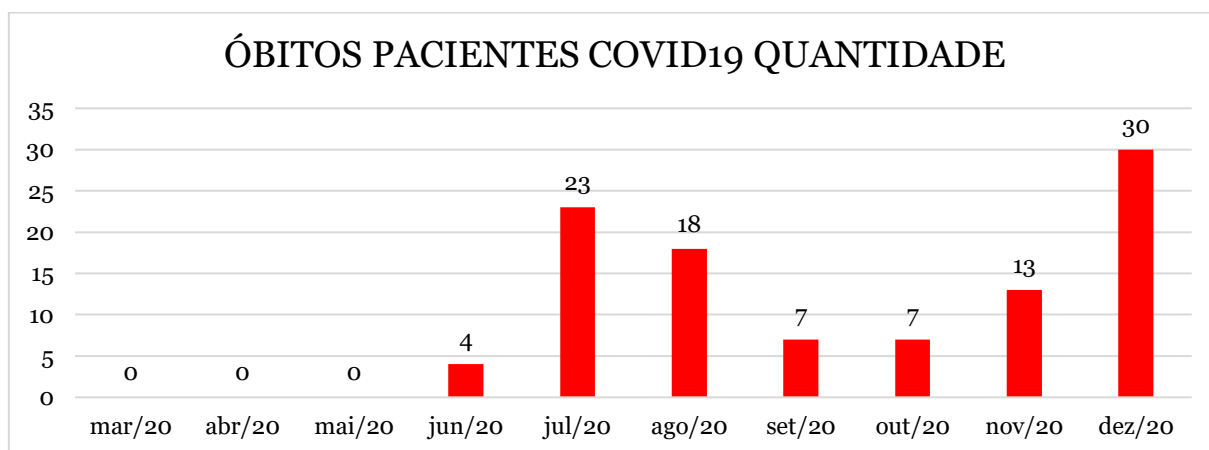
De acordo com os gráficos abaixo, percebe-se que, no contexto específico do Hospital Universitário (HU), da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), o primeiro caso de paciente confirmado ocorreu no mês de março/2020, sendo que o número de ocorrências evoluiu consideravelmente, colocando as equipes em alerta.

Gráfico 1 – pacientes confirmados COVID19 HU-UFSC.



Fonte: os autores, com base nos dados de internação hospitalar, 2021.

Gráfico 2: óbitos pacientes COVID19 HU - UFSC



Fonte: os autores, com base nos dados de internação hospitalar, 2021.

Diante de tal situação, o Colegiado ampliado se reuniu e decidiu pela elaboração de um plano de contingência para o combate ao Coronavírus, nessa elaboração, foi estabelecida a obrigatoriedade do uso da máscara respiratória N95 em procedimentos de risco.

Para que pudéssemos contemplar adequadamente os profissionais com o Equipamento de Proteção Individual (EPI) adequado quanto ao risco, foi necessário elaborar um plano de ação para que fossem realizados os testes de vedação necessários para que pudéssemos ter a garantia que o paciente e o profissional estariam adequadamente protegidos, conforme determina a legislação vigente.

2 SITUAÇÃO IDENTIFICADA

A COVID-19 trata-se de uma doença respiratória, com a possibilidade de contaminação por aerossol, que apresentou aumento crescente quando ao número de casos, conforme demonstrado nos gráficos, de tal modo, foi observada a importância dos testes de vedação das máscaras PFF2 para garantir a proteção adequada aos trabalhadores durante os atendimentos dos casos suspeitos/confirmados. Tem-se como recomendações:

Toda vez que o usuário colocar o respirador antes de entrar na área de risco ou reajustá-lo quando já estiver no local, deve “verificar a vedação” para garantir que o respirador esteja ajustado corretamente na face. São recomendados os testes de pressão negativa e o de pressão positiva (TORLONI, 2016, p. 160).

Como uma das dificuldades encontradas com relação a utilização do EPI, a principal delas é a falta do conhecimento por parte dos trabalhadores na colocação correta do respirador PFF2, guarda, conservação e troca. De tal modo, tem-se que,

Cabe ao empregado quanto ao EPI:

- a) usar, utilizando-o apenas para a finalidade a que se destina;
- b) responsabilizar-se pela guarda e conservação;
- c) comunicar ao empregador qualquer alteração que o torne impróprio para uso; e,
- d) cumprir as determinações do empregador sobre o uso adequado. (SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO, NR 06, 2020).

Além disso, ainda existe muita resistência com relação ao uso de adornos e barba, por falta de conhecimento da Legislação vigente. Importante se faz considerar que,

O empregador deve vedar:

b) o ato de fumar, **o uso de adornos** e o manuseio de lentes de contato nos postos de trabalho; (Norma Regulamentadora 32,2020), grifo nosso.

Considerando a possibilidade de exposição ao risco biológico durante a prestação da assistência à saúde, a possibilidade de persistência de agentes biológicos no ambiente onde está sendo atendido um paciente com doença de transmissão aérea, a via de transmissão e de entrada, cabe ao serviço de saúde exigir que o servidor respeite os protocolos e normativas do serviço e utilize os equipamentos de proteção individual de maneira correta e adequada. A barba impede a vedação adequada da máscara de alta filtragem (PARECER COREN/SC N° 010/CT/2018).

3 PLANO DE AÇÃO

A metodologia utilizada foi a busca ativa nos setores considerados críticos em termos de contaminação, para que fosse possível o contato com os profissionais em seu turno de trabalho, tal processo foi realizado no período de março a dezembro de 2020, de modo que foi disponibilizada a máscara PFF2 (figura 1).

Figura 1: máscara PFF2.



Fonte: Imagem disponível em: <https://www.madeiramadeira.com.br/mascara-3m-pff2-ca-17611-modelo-9920h-embalagem-om-2-unidades-3261550.html>. Acesso em 14/01/2021.

A demonstração de utilização foi realizada de acordo com o que preconiza a legislação vigente (foto 1).

Foto 1: demonstração da realização do teste de vedação



Fonte: os autores, 2021

Foram testados diversos tipos de máscaras (figuras 3 e 4), buscando um percentual maior de resultados positivos para ambos os testes de pressão, bem como através de palestra expositiva (foto 2), dado as orientações com relação ao uso da máscara PFF2, penalidades de acordo com cada regime, bem como as restrições ao uso de adornos constantes na Norma Regulamentadora (NR) 32 e a retirada da barba, conforme orientação do Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina (COREN/SC).

Figura 3: máscara PFFF2 com válvula.



Fonte: Imagem disponível em: <https://www.superepi.com.br/respirador-descartavel-pff2-com-valvula-grazia-p1050219>. Acesso em 14/01/2021.

Figura 4: máscara Aura 3 Painéis.



Fonte: Imagem disponível em: https://www.3m.com.br/3M/pt_BR/p/d/v000465595/. Acesso em 14/01/2021.

Foto 2: explanação das orientações.



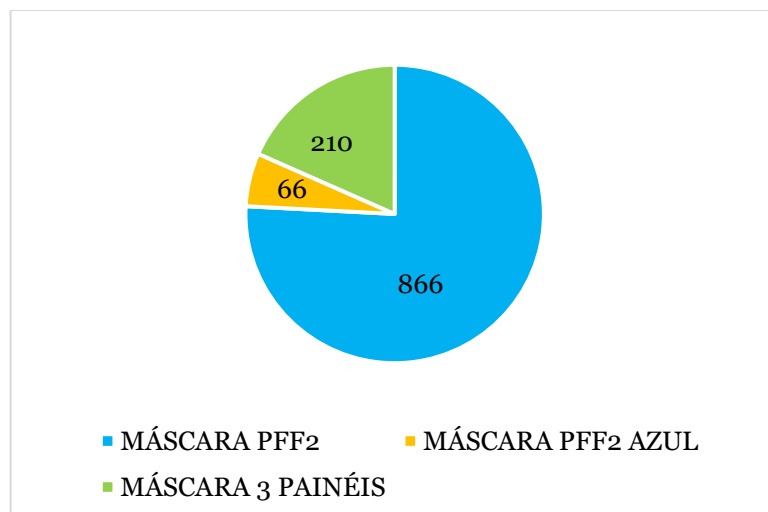
Fonte: os autores, 2021.

Com relação a verificação de vedação, inicialmente, importante se faz conceituar que:

A verificação da vedação é um teste realizado pelo próprio usuário, com a finalidade de comprovar se o respirador com vedação facial está colocado corretamente no rosto. Deve ser feita toda vez que o indivíduo colocar o respirador para entrar na área de risco, e sempre que necessitar reposicioná-lo durante a jornada (TORLONI e VIEIRA. 2003. p. 432).

Foram realizados 1142 testes, conforme é possível observar no gráfico 1.

Gráfico 1: quantidade de testes realizados



Fonte: os autores, 2021.

4 EXECUÇÃO/IMPLANTAÇÃO

Foram realizadas, em cada Setor, em todos os plantões, testes de vedação com a primeira máscara fornecida. Em caso de negativação foi enviado um e-mail para o setor informando os resultados e solicitando uma nova data, conforme descrito abaixo:

Figura 5: e-mail informativo.



Fonte: os autores, 2021.

Em cada teste, após os resultados e exposições do conteúdo, foram recolhidas as assinaturas em Termos de Declaração, que foram arquivados para comprovação posterior (foto 3).

Foto 3: assinatura da Declaração de Treinamento.



Fonte: os autores, 2021

Conforme descrito na literatura, foram realizados os testes de vedação de acordo com o descrito nas mesmas (fotos 4 e 5).

Foto 4: teste de vedação máscara 3 painéis Foto 5: teste de Vedação PFF2



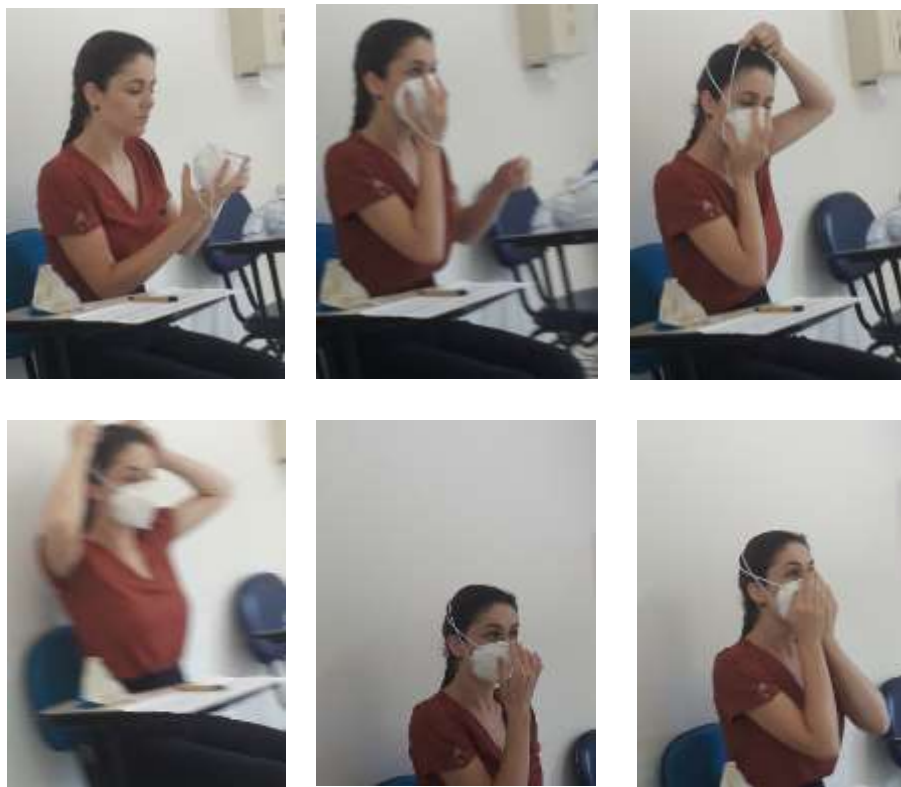
Fonte: os autores, 2021



Fonte: os autores, 2021

A sequência para o teste está demonstrada na sequência de fotos abaixo:

Fotos 6: sequência Teste de Vedação.

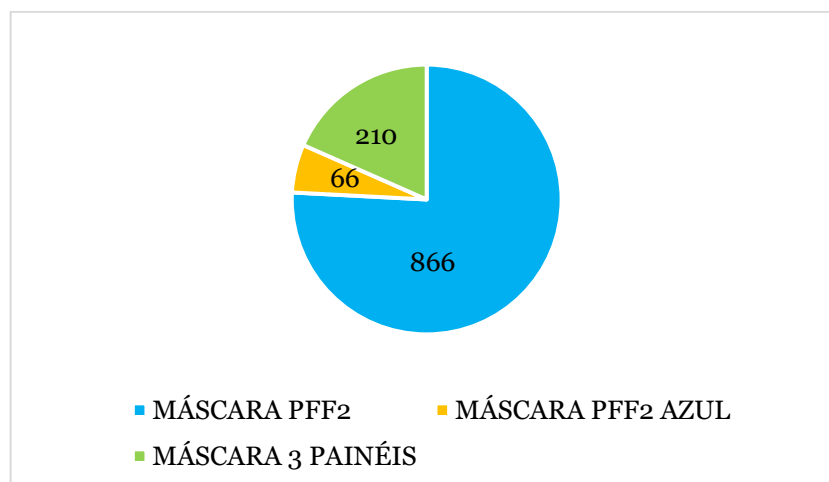


Fonte: os autores, 2021.

5 RESULTADOS

Os resultados estão descritos no gráfico 3.

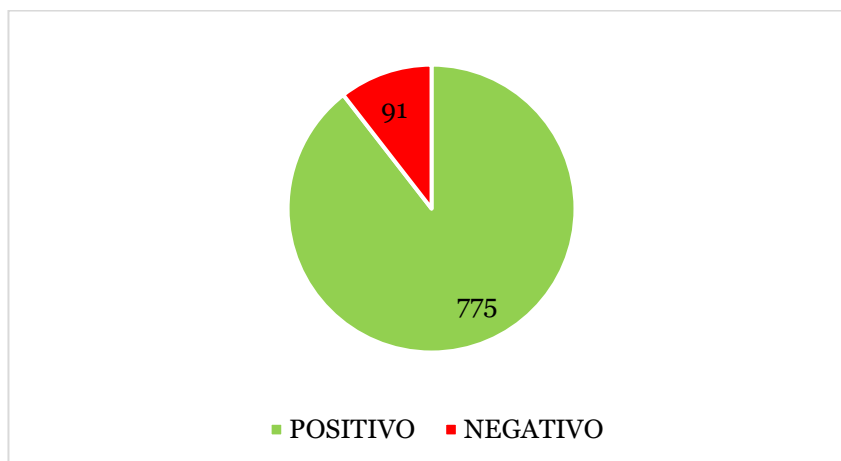
Gráfico 3: quantidade de testes de vedação realizados.



Fonte: os autores, 2021.

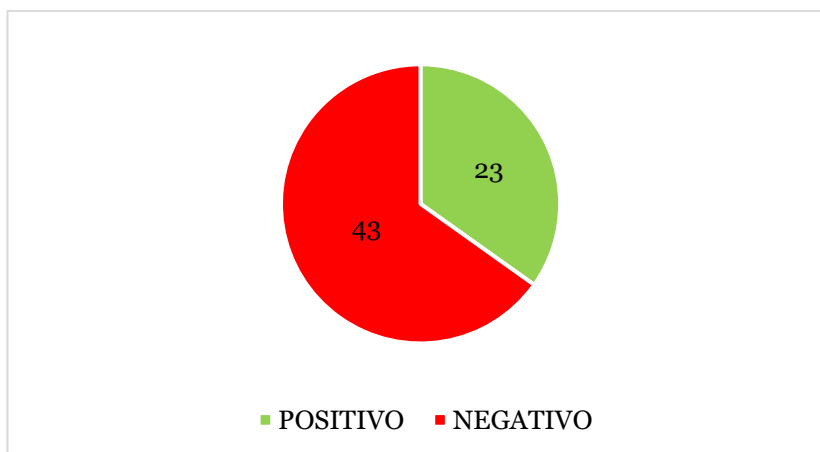
Importante considerar, ainda, os resultados específicos para cada uma das máscaras utilizadas, conforme gráficos 4, 5 e 6.

Gráfico 4: resultado dos testes de vedação da máscara PFF2.



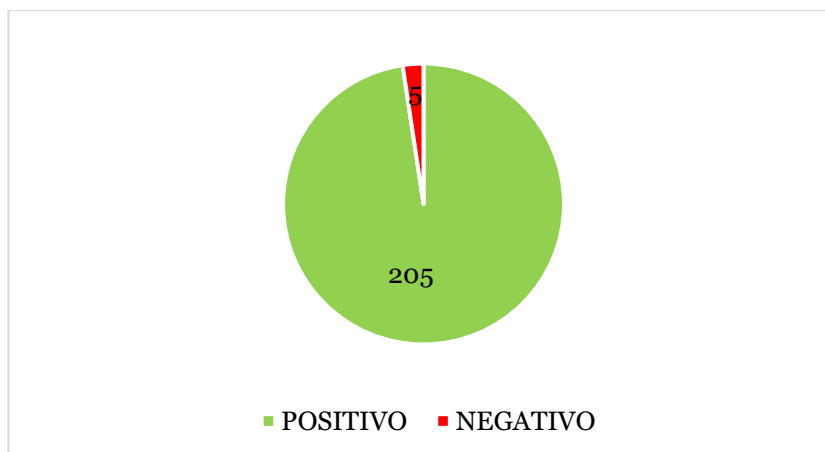
Fonte: os autores, 2021.

Gráfico 5: resultado dos testes de vedação da máscara PFF2 Azul



Fonte: os autores, 2021.

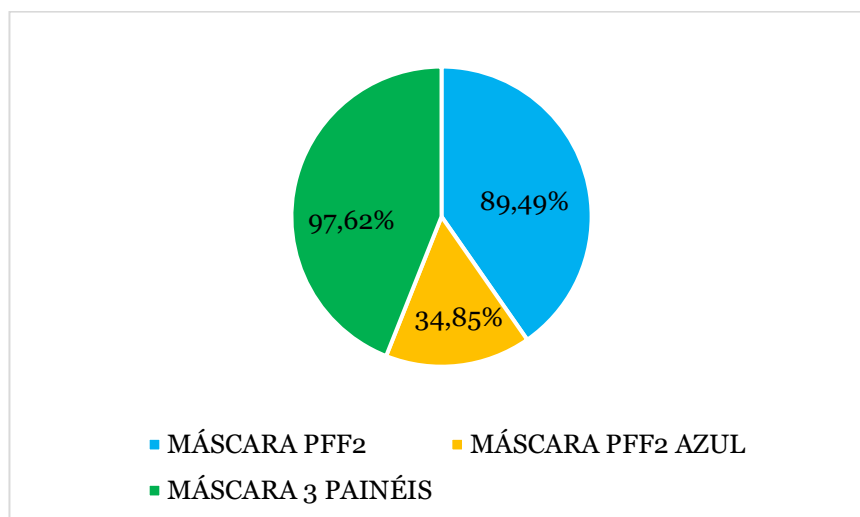
Gráfico 6: resultado dos testes de vedação da máscara 3 painéis



Fonte: os autores, 2021.

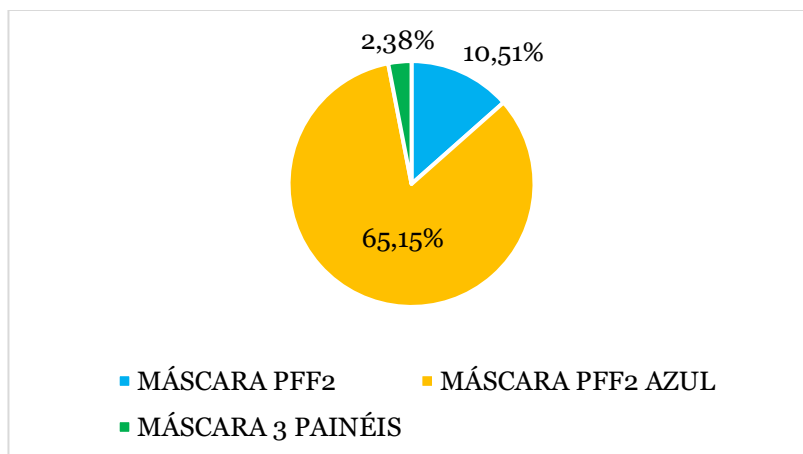
Os comparativos percentuais estão expressos nos gráficos 7 e 8.

Gráfico 7: percentual positivo



Fonte: os autores, 2021

Gráfico 8 – percentual negativo



Fonte: os autores, 2021

6 LIÇÕES APRENDIDAS

Durante o processo de construção desse desafio, algumas lições foram aprendidas:

- importância da antecipação dos testes, orientações e treinamentos dos EPIs de modo geral;
- importância da participação dos trabalhadores no processo de escolha do EPI a ser implantado;
- percepção de que os trabalhadores não tinham o conhecimento básico acerca do uso correto dos equipamentos;
- importância da participação do Núcleo de Material de Enfermagem (NUMAEn) na escolha dos equipamentos.

REFERÊNCIAS

Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 12.543 – Equipamentos de Proteção Respiratória – Terminologia. Rio de Janeiro. 1999.

Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 13.698 – Equipamentos de Proteção Respiratória – Peça Semifacial Filtrante para Partículas. Rio de Janeiro. 2011.

ANVISA. Cartilha de Proteção Respiratória contra Agentes Biológicos para Trabalhadores da Saúde. 2020.

PARECER COREN/SC Nº 010/CT/2018. Conselho Regional de Enfermagem/SC. 2018.

Segurança e Medicina do Trabalho. NR-1 a 36.74^a Edição. São Paulo: Editora Atlas, 2020.

Torloni, M. **Programa de Proteção Respiratória Recomendações, seleção e uso de respiradores.** 4^a Edição. São Paulo: Fundacentro, 2016.

Torloni, M., Vieira, A.V. **Manual de Proteção Respiratória.** São Paulo: ABHO, 2020.

CAPÍTULO VI

DESENVOLVIMENTO DE CURSO SOBRE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Vitória Talya dos Santos Sousa
Tamires Ferreira do Nascimento
Fernanda Pereira de Sousa
Vanessa Emille Carvalho de Sousa Freire
Patrícia Freire de Vasconcelos

RESUMO

O tema segurança do paciente tem ganhado destaque nas últimas décadas, porém erros que possam atingir os pacientes continuam acontecendo. Uma forma de mitigar a problemática é investir na educação permanente de profissionais atuantes e estudantes de graduação. Diante disso, o objetivo do estudo é relatar a experiência da realização de um curso de capacitação sobre gestão da qualidade e segurança do paciente. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa do tipo relato de experiência sobre a realização de um curso sobre gestão da qualidade e segurança do paciente. O curso foi realizado entre os dias 15 de fevereiro e 08 de março de 2019. As aulas foram ministradas em 4 encontros e abordaram conceitos gerais sobre os temas, gestão e gerenciamento em saúde e segurança medicamentosa. Foram registradas cerca de 40 inscrições, de acadêmicos de enfermagem, enfermeiros e técnicos em enfermagem. O feedback foi positivo, e a experiência foi rica e de grande aprendizado para seus organizadores. Dessa forma, a realização do curso proporcionou um grande aprendizado ao público atingido, de forma a possibilitar mudanças na prática, advindas de maiores conhecimentos sobre o cuidado seguro.

Palavras-chave: cursos de capacitação, gestão da qualidade, segurança do paciente.

ABSTRACT

The subject of Patient Safety has gained prominence in recent decades, but the errors that allow patients to occur. One way to mitigate this problem is to invest in the permanent education of working professionals and undergraduate students. Therefore, the objective of the study is to report the experience of conducting a training course on quality management and patient safety. This is a descriptive study, with a qualitative approach, such as an experience report on the realization of a course on quality management and patient safety. The course was held between February 15 and March 8, 2019. Classes were held in 4 meetings and covered general concepts on the themes, management and management in health and drug safety. There were about 40 applications, from nursing students, nurses and nursing technicians. The feedback was positive, and the experience was rich and of great learning for its organizers. Thus, the completion of the course provided a great learning experience to the affected public, in order to enable changes in practice, arising from greater knowledge about safe care.

Keywords: training courses, quality management, patient safety

1 INTRODUÇÃO

Desde a publicação do relatório “Errar é Humano”, pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos (IOM), em 1999, o tema segurança do paciente tem ganhado destaque. A partir disso, inúmeras iniciativas foram tomadas para a disseminação de boas práticas.

No Brasil, a portaria, nº 529/2013, do Ministério da Saúde, instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), estabelecendo ações efetivas na promoção do cuidado seguro, dentre elas: identificação correta do paciente, comunicação efetiva entre os profissionais de saúde, prescrição segura, uso e administração correta de medicamentos, cirurgia segura, higienização das mãos para prevenção de infecções, prevenção de lesão por pressão e quedas (REIS *et al.*, 2017).

Entretanto, a implementação de uma cultura de segurança do paciente, que diz respeito às atitudes dos profissionais de saúde para a garantia de um cuidado livre de danos, enfrenta algumas barreiras. É possível citar, por exemplo, o número de profissionais de enfermagem nas equipes de saúde ser inferior à demanda das unidades, deficiência no apoio da alta direção e a pouca adesão dos profissionais às ações propostas (REIS *et al.*, 2017).

Ademais, a ocorrência de eventos adversos ainda é comum, e por isso é importante que, desde a graduação, os profissionais de saúde tenham contato com o tema, buscando evitá-los. Com isso, evidencia-se que os desafios que as instituições de ensino têm em discutir e ampliar essa temática ao meio acadêmico e profissional, a fim de ampliar e aplicar ações práticas que possam prevenir a ocorrência de incidentes durante a prestação do cuidado (CAUDURO *et al.*, 2017).

Nesse contexto, faz-se necessário uma melhor compreensão da importância da segurança do paciente, obtendo evidências e conhecimentos de maneira coletiva sobre a temática, além de divulgar e apoiar seu desenvolvimento nos serviços de saúde (WAGNER *et al.*, 2016). Amiri; Khademian; Nikandish (2018) comprovam em um ensaio clínico randomizado, que os programas de capacitação melhoram de forma considerável a adesão dos profissionais frente à cultura de segurança do paciente. O estudo traz ênfase na comparação dos grupos que participam de capacitações, e como esses profissionais se mostram abertos a questionamentos e ações que estão sendo tomadas com os pacientes.

Dessa maneira, disponibilizar cursos e incentivar a participação dos dois públicos, acadêmicos e profissionais de saúde, podem ser estratégias fundamentais para o alcance da cultura de segurança do paciente. Em vista disso, o objetivo deste estudo é relatar a experiência da realização de um curso de capacitação sobre gestão da qualidade e segurança do paciente.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa do tipo relato de experiência sobre a realização de um curso sobre gestão da qualidade e segurança do paciente.

A idealização e execução do curso foram feitos pelo Grupo de Pesquisa e Extensão em Qualidade dos Serviços de Saúde (GPExQS), que é vinculado a uma universidade federal do interior do Ceará e cadastrado no Diretório dos Grupos de Pesquisa do Conselho Nacional de Pesquisa e Desenvolvimento (CNPq). Os membros são docentes e discentes do Curso de Graduação em Enfermagem da referida instituição.

O desenvolvimento foi realizado em 4 etapas: 1) planejamento; 2) divulgação; 3) execução; 4) certificação. As atividades foram desenvolvidas pelos alunos sob coordenação das professoras líderes do grupo.

Na primeira etapa, o grupo definiu qual tema seria abordado, e diante das linhas de pesquisa abordadas optou-se pela “Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente”, o que deu nome ao curso. Quanto às aulas, verificou-se a partir do tema geral as temáticas que poderiam contemplar as possíveis dúvidas dos participantes. Em seguida, os docentes foram escolhidos e convidados para contribuir com as aulas.

Seguindo-se para a segunda etapa, realizou-se a divulgação por meio das redes sociais do GPExQS, especialmente no instagram, visto o alcance. Além disso, foram utilizados grupos em aplicativos de mensagem de texto para compartilhar os detalhes do curso. Em complemento, às secretarias de saúde da região foram contatadas, e vagas foram disponibilizadas aos profissionais vinculados.

Já na terceira etapa, as inscrições ocorreram de forma virtual e presencial. Foi utilizado um formulário que poderia ser acessado diretamente pelo interessado ou preenchido pela equipe organizadora se o processo fosse realizado presencialmente.

No segundo caso, uma sala da universidade foi utilizada, e os membros do grupos revezaram-se para permanecer no local indicado durante todo o período de inscrições.

As aulas foram realizadas entre os dias 15 de fevereiro e 08 de março de 2019, semanalmente. Nos 4 encontros, foram abordados conceitos gerais sobre o tema gestão e gerenciamento em saúde e segurança medicamentosa. Foram realizados nos auditórios da universidade, pois eram os únicos locais que comportavam a quantidade inscritos.

Os participantes receberam, no primeiro dia, uma pasta com bloco de notas e caneta, materiais fornecidos pela instituição. Além disso, foram credenciados nesse momento, e a cada aula assinaram a frequência. Ao longo de todo o período, foi utilizado um grupo em aplicativo de mensagens de texto, buscando facilitar a comunicação.

Por fim, na quarta etapa, aqueles que participaram de pelo menos três aulas foram certificados com 20 horas complementares. O processo foi feito inteiramente via e-mail.

3 RESULTADOS

Foram registradas cerca de 40 inscrições, de acadêmicos de enfermagem, enfermeiros e técnicos em enfermagem. Esses eram vinculados à Universidade e às escolas técnicas sediadas na região. Quanto a presença nas aulas, foram registradas poucas faltas e desistências, e a maioria dos participantes foram contemplados com o certificado.

Os encontros iniciaram com a apresentação do convidado pela docente presente na aula. Em seguida, os palestrantes explanaram seus conteúdos através de slides do PowerPoint, e fizeram uso de outros recursos, como dinâmicas interativas e vídeos.

Foi registrada intensa participação por parte dos alunos, com discussões ricas. Os presentes demonstraram interesse sobre as temáticas, e contribuíram com relatos advindos de suas experiências práticas. Com a presença de profissionais já atuantes na área da saúde, foi possível observar a troca de saberes com os graduandos e alunos de cursos técnicos.

Ao final de cada aula, os alunos deixavam o feedback ao professor e à equipe organizadora. De forma geral, ele foi positivo quanto ao aprendizado, sendo que muitos relataram nunca ter se aprofundado nos temas, por falta de oportunidade.

Para os envolvidos na organização, que incluía alunos e professores membros do referido grupo de pesquisa, a experiência foi ímpar. Além do aprendizado, pela oportunidade de assistir às aulas, poder organizar desde as inscrições, passando pelo contato com os palestrantes e findando na moderação das aulas, foi de grande valia para futuros desafios da prática profissional, considerando que os profissionais de saúde têm papel fundamental em práticas de educação em saúde.

Como dificuldades, cita-se o contato com o público-alvo, principalmente os profissionais, visto algumas barreiras de comunicação, problemas de logística, transporte dos profissionais e espaço do evento que tiveram que ser modificados.

4 DISCUSSÃO

Desenvolver um currículo acadêmico na perspectiva de levar os estudantes na construção de conhecimentos de forma significativa, cujo o intuito esteja explicitamente em desenvolver competências e habilidades diversas, para contribuir na construção de profissionais críticos e reflexivos, aptos a assumirem posições de liderança, e tendo em vista o bem-estar da comunidade, deve ser a principal comunicação das academias universitárias (BOHOMOL; FREITAS; CUNHA 2016).

Diante disso, incorporar na grade curricular dos acadêmicos e profissionais de saúde os conceitos e ensinamentos de segurança do paciente pode desenvolver uma melhor prática no ambiente de trabalho, além de contribuir para a construção do cuidado seguro e de qualidade (BOHOMOL, 2019).

Entretanto, o desafio de educar os discentes sobre temáticas que envolvem a segurança dos pacientes, visando preencher uma lacuna de conhecimento sobre como desenvolver saberes e fazeres específicos nas instituições formadoras vem ganhando destaque nos centros formadores de ensino (BOHOMOL; CUNHA, 2015).

Nesse cenário, uma ferramenta que pode contribuir para o desenvolvimento de boas práticas de cuidado é a Educação Permanente em Saúde (EPS), que trata-se de um instrumento que reconhece o cenário trabalhista como um campo de aprendizagem cotidiana, comprometida com o coletivo (BRASIL, 2014). Ela identifica o cotidiano

como lugar de invenções, juntando ensino- aprendizagem, ela tem sido uma aliada à inserção da cultura de segurança do paciente, proporcionando aos profissionais vivências reais e aberturas para discussão de casos críticos (RAMOS, 2017).

Dentro desse contexto, a participação de professores especialistas nas temáticas escolhidas é importante para que o conteúdo seja repassado com qualidade. No curso aqui relatado, foram abordadas as temáticas gestão de saúde e segurança do paciente, o que possibilitou que os domínios de competências de aprendizagem detectados pelo Canadian Patient Safety Institute (CPSI) fossem alcançados. As citadas são: contribuir para uma cultura de segurança do paciente, trabalhar em equipe, comunicar-se de forma eficaz, gerenciar os riscos de segurança, otimizar fatores humanos e o meio ambiente, reconhecer, responder e divulgar eventos adversos (CPSI, 2010).

Nesse sentido, o enfoque de ensino sobre a segurança do paciente e gestão de qualidade deve abranger toda a estrutura curricular e destacar aspectos relativos aos riscos e formas de prevenção de danos nos diversos cenários de assistência à saúde. Deve também ser desenvolvido a partir de ações de ensino-aprendizagem que retifiquem uma atuação segura no processo de formação e atuação profissional (GONÇALVES; SIQUEIRA; CALIRI, 2017).

Em complemento, para auxílio no processo de ensino e aprendizagem, as mídias sociais têm se tornado uma ferramenta para a propagação de ensino. Com os avanços da tecnologia da informação elas ganharam força e participação no cotidiano das pessoas em todas as esferas da sociedade, com capacidade de expandir e disseminar informações, possibilitando o acesso por diferentes tipos de aparelhos eletrônicos e os diversos conteúdos, ela pode ser uma grande aliada da educação (ROCHA JÚNIOR *et al.*, 2014).

Com a conectividade na qual estamos inseridos, divulgar ciência é expandir o que antes era restrito aos centros acadêmicos. O uso do marketing digital através do aplicativo *Instagram* possibilitou aos organizadores do curso um alcance maior sobre a realização do evento, pois o aplicativo é uma forte atrativo, com alta visibilidade e eficiente poder de propagação de informação. Quando as Instituições de Ensino Superior apreendem esse cenário, tornam-se capazes de melhorar a relação dos alunos com o ensino, proporcionando uma rede de trocas de informações em baixo custo (CARDIAS; REDIN, 2019).

Ressalta-se, também, a importância do feedback como forma de avaliação das aulas. Em todos os processos de comunicação, a retroalimentação de informações é imprescindível para que possa ser confirmado o que foi discutido ou sugerir possíveis melhorias. Além disso, ajuda o grupo, nesse caso a equipe de organizadores, a melhorar suas práticas e o processo de desenvolvimento do curso (HATTGE; RIBAS; PAULO, 2014).

Esse processo de melhoria é válido, pois os futuros enfermeiros, ou aqueles já formados - como os membros do GPExQS, são agentes formadores e participantes ativos de ações de educação em saúde (FERNANDES *et al.*, 2019). Portanto, a experiência com a realização do curso pode contribuir futuramente para aqueles que atuaram como organizadores.

5 CONCLUSÃO

A segurança do paciente, como um atributo da qualidade, é um componente fundamental nos serviços de saúde. Diante disso, a formação com inclusão da temática e atualização dos profissionais é importante. Nesse contexto, a realização do curso proporcionou um grande aprendizado ao público atingido, de forma a possibilitar mudanças na prática, advindas de maiores conhecimentos sobre o cuidado seguro.

REFERÊNCIAS

AMIRI, M.; KHADEMIAN, Z; NIKANDISH, R. The effect of nurse empowerment educational program on patient safety culture: a randomized controlled trial. **BMC Medical Education**, v. 18, n. 158, 2018.

BOHOMOL, E.; CUNHA, I. C. K. O. Ensino sobre segurança do paciente no curso de Medicina da Universidade Federal de São Paulo. **Einstein**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 7-13, out. 2015.

BOHOMOL, E.; FREITAS, M. A. D. O.; CUNHA, I. C. K. O. Ensino da segurança do paciente na graduação em saúde. **Interface Comunicação da Saúde**, São Paulo, v. 20, n. 58, p. 724-741, out. 2016.

BOHOMOL, E. Ensino sobre Segurança do Paciente em curso de graduação em Enfermagem na perspectiva docente. **Escola Anna Nery**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 1-8, jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 40 p.

CANADIAN PATIENT SAFETY INSTITUTE (CPSI). **Patient Client Safety in Home Care in Canada**. Ottawa: CPSI; 2010. Disponível em: <https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/Research/commissionedResearch/PatientClientSafetyinHomeCare/Pages/default.aspx>. Acesso em: 15 set. 2017.

CARDIAS, A. P. D. S.; REDIN, E. O uso das redes sociais nas Instituições de Ensino Superior. **Revista Científica da Faculdade de Antonio Meneghetti**, Minas Gerais, v. 9, n. 15, p. 105-127, dez. 2019.

CAUDURO, G. M. R. *et al.* Segurança do paciente na compreensão de estudantes da área da saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 38, n. 2, p. 64818, 2017.

FERNANDES, J. R. *et al.* Educação em saúde: o papel do enfermeiro como educador em saúde no cenário de ietc. **Revista da JOPIC**, v. 2, n. 4, 2019.

GONÇALVES, N.; SIQUEIRA, L. D. C.; CALIRI, M. H. L. Ensino sobre segurança do paciente nos cursos de graduação: um estudo bibliométrico. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 1-5, fev. 2017.

HATTGE, A. A. G.; RIBAS, C. C. C.; PAULO, A. B. D. A importância do feedback do tutor on-line no ensino a distância. **Revista Eletrônica do Curso de Pedagogia das Faculdades OPET**, 2014.

RAMOS, A. C. A. **Educação permanente e a segurança do paciente**: uma revisão integrativa da literatura. 2017. 83 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Ensino em Biociências e Saúde) - Instituto Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2017.

REIS, G. A. X. D. *et al.* Percepções do gerente de enfermagem sobre a implementação da estratégia de segurança do paciente. **Texto & Contexto de Enfermagem**, Curitiba, v. 26, n. 2, p. 1-9, nov. 2017.

ROCHA JÚNIOR, V. D. R. *et al.* Uso de mídias sociais no setor de ensino superior. **Revista Brasileira de Gestão e Inovação**, Santa Catarina, v. 1, n. 2, p. 13-38, jan. 2014.

WEGNER, W. *et al.* Educação para cultura da segurança do paciente: Implicações para a formação profissional. **Escola Anna Nery**, Porto Alegre, v. 20, n. 3, p. 1-8, set. 2016.

CAPÍTULO VII

MAPEAMENTO DO FLUXO DE VALOR: OPORTUNIDADE DE LEVANTAR FRAGILIDADES EM UM FLUXO DE ATENDIMENTO

Nicole Frizon
Fernando Roberto Moraes
Aline Picolotto
Vanessa Riboldi
Patricia De Gasperi

RESUMO

Os serviços de saúde têm passado por constantes avanços nos últimos anos. O *Lean Healthcare* surge como uma metodologia baseada na Produção Enxuta aplicada nos serviços de saúde para gerar melhorias, entre as suas ferramentas o Mapeamento do Fluxo de Valor ou *Value Stream Mapping* (VSM) identifica as etapas que agregam ou não valor ao processo. O objetivo foi realizar o levantamento de fragilidades no atendimento a pacientes em um ambulatório através do VSM. É um estudo descritivo e observacional, realizado no setor de oftalmologia de um ambulatório público do Rio Grande do Sul. Os dados foram coletados no primeiro semestre de 2018. O coletador acompanhou o processo de atendimento dos pacientes fazendo registros em planilha específica. Os dados foram analisados através de um *brainstorming*. Evidenciaram-se fragilidades referentes à gestão do fluxo do paciente, como: tempos de espera entre etapas do processo, manutenção dos equipamentos utilizados, movimentação do paciente, horários de agendamento das consultas e padronização dos protocolos de atendimento. Foram mapeadas diversas situações que não agregam valor ao paciente. Diante disto, sugere-se um mapeamento do fluxo futuro projetando intervenções para melhorias dos processos mediante fragilidades levantadas e assim, melhorar a qualidade do serviço, a satisfação e segurança do paciente.

Palavras-chave: Lean Healthcare, Melhoria, Saúde.

ABSTRACT

Health services have undergone constant advances in recent years. Lean Healthcare emerges as a methodology based on Lean Production applied in healthcare services to generate improvements, among its tools the Value Stream Mapping or Value Stream Mapping (VSM) identifies the steps that add value or not to the process. The objective was to survey weaknesses in patient care in an outpatient clinic through the VSM. It is a descriptive and observational study, carried out in the ophthalmology sector of a public outpatient clinic in Rio Grande do Sul. Data were collected in the first half of 2018. The collector followed the patient care process by making records in a specific spreadsheet. Data were analyzed through brainstorming. Weaknesses related to the management of patient flow were evidenced, such as: waiting times between stages of the process, maintenance of the equipment used, patient movement, appointment scheduling and standardization of care protocols. Several situations that do not add value to the patient were mapped. In view of this, a mapping of the future flow is suggested, designing interventions to improve processes through identified weaknesses and thus improve service quality, patient satisfaction and safety.

Keywords: Lean Healthcare, Improvement, Health

1 INTRODUÇÃO

O *Lean Healthcare* tem sido um forte aliado na área da saúde e de profissionais e instituições pelo mundo. De acordo com Graban (2013), este método desenvolvido a partir do conhecido Sistema Toyota de Produção, vem trazendo melhorias constantes nessas organizações, buscando melhorar aspectos como qualidade e segurança do paciente, além de minimizar custos, tempo de espera e desenvolver e melhorar a percepção das equipes de trabalho.

Segundo Liker (2005), o Sistema Toyota de Produção (STP) é a base da Produção Enxuta e Eiro e Torres-Junior (2015) definiram produção enxuta como uma estratégia para buscar a melhor forma para organizar e gerenciar os relacionamentos entre a empresa e os seus clientes, fornecedores, o setor de desenvolvimento de produto e as operações de produção.

O sucesso e a eficácia do STP nos setores produtivos mostraram aos demais ramos que essa nova filosofia teria a capacidade de conduzir outras organizações produtivas à excelência operacional (GRABAN, 2013).

Durante décadas, o pensamento *Lean* tem sido utilizado de forma eficaz nas empresas de manufatura. Segundo Peralta e Forcellini (2015), o pensamento enxuto começou a ganhar força na área da saúde quando se começou a pensar que os conhecimentos anteriormente aplicados nas indústrias poderiam agregar valor ao paciente, podendo-se redesenhar processos a fim de melhorar o fluxo e reduzir os desperdícios. Ainda segundo os autores, hoje em dia o *Lean* vem se difundindo pelo mundo e cada vez mais se torna fundamental para a sustentabilidade das empresas de todos os segmentos.

A área da saúde vem enfrentando um crescente aumento de pressão externa e se desafiando a fim de melhorar seus serviços. Nos dias de hoje fica evidente a necessidade da aplicação do *Lean* para dar assistência a esta área tão importante.

Henrique (2014), destaca que nos anos 2000 surgiram as primeiras publicações de *Lean* em instituições relacionadas à área da saúde, dando origem ao termo *Lean Healthcare*.

Neste cenário de desafios e pressões, Graban (2013), destaca que qualidade e segurança do paciente devem ser fatores de grande relevância para a equipe de trabalho, assim como custos e tempo de espera. Salienta também que a ideia de erros

evitáveis precisa ser abordada junto aos funcionários da saúde, com intuito de melhorar a qualidade e aumentar a produtividade, além do foco em redução de custos.

Com o objetivo de melhorar este cenário, a abordagem *Lean Healthcare* entra como forte contribuinte para este setor, podendo ajudar as instituições da área da saúde a ter uma visão mais ampla das suas atividades, possibilitando mudar a forma com que estas instituições estão organizadas, proporcionando condições para melhorar a qualidade da assistência aos pacientes com a redução de erros e diminuição do tempo de espera. (GRABAN,2013).

De acordo com Graban (2013), há cinco princípios básicos da filosofia Lean, que foram adaptados para as organizações da saúde. São eles: a) valor: determinar o que é valor sob a visão do paciente; b) cadeia de valor: identificar a cadeia de valor eliminando os procedimentos que não agregam valor; c) fluxo: conservar o processo fluindo suavemente eliminando as causas das demoras como problemas com lotes e com qualidade; d) puxar: evitar transferir o processo ou trabalho para o próximo departamento, deixando com que ele seja puxado, conforme a necessidade; e) perfeição: melhorar continuamente em busca de perfeição.

O *Lean Healthcare* proporciona em uma organização da saúde a eliminação de desperdícios, a redução do lead time dos pacientes, o aumento da produtividade, da capacidade de atendimento e, em consequência, aumentar o rodízio de pacientes e a rentabilidade da organização, além de proporcionar aumento na satisfação dos pacientes e funcionários (HENRIQUE, 2014).

Assistência com qualidade e satisfação do cliente/pacientes são indicadores importantes para o sucesso de qualquer empresa, incluindo cuidados com a saúde. No estudo feito por Chadha, Singh e Kalra (2012), o maior desafio para a aplicação do *Lean Healthcare* na área da saúde foi garantir a qualidade de tratamento e serviços mais rápidos com menor custo.

Segundo os autores, é necessário focar a atenção na qualidade e eficiência dos serviços continuamente. O segundo maior desafio foi conseguir mapear o fluxo de valor, a fim de ter a espera e o tempo do serviço disponível para análise. De acordo com os relatórios dessa pesquisa, a capacidade inadequada e falta de padronização são as duas principais causas de tempo e espera excessivos em hospitais e demais áreas de suporte à saúde.

“Mapeamento do fluxo de valor” é uma ferramenta que utiliza papel e lápis e

o ajuda a enxergar e entender o fluxo de material e de informação na medida em que o produto segue o fluxo de valor. O que queremos dizer por mapeamento do fluxo de valor é simples: siga a trilhada produção de um produto, desde o consumidor até o fornecedor, e cuidadosamente desenhe uma representação visual de cada processo no fluxo de material e informação” (ROTHER E SHOOK, 2004, p. 4).

O fluxo de valor pode ser definido como uma operação que agrega ou não valor e transforma uma matéria prima em produto acabado. (ROTHER; SHOOK, 2004). Na área da saúde, o fluxo de valor é a soma dos processos que transformam o paciente doente em saudável. (GRABAN, 2013)

Os autores Womack e Jones (1999) explicam que é necessário identificar o valor, de acordo com as percepções do cliente/paciente, ou seja, é de desejo do cliente que os produtos/serviços supram as necessidades locais. Também é fundamental identificar a cadeia de valor de cada produto, ou no caso da saúde, serviços, e classificá-la de três formas: as ações que agregam valor, as que ações não agregam valor, mas são essenciais e as ações que não agregam valor algum.

Desde o início da aplicação dos conceitos de Lean Healthcare, o mapeamento do fluxo de valor vem sendo adaptado para o fluxo de pacientes. Segundo Henrique (2014), o mapeamento pode ser uma arma poderosa para o ambiente de organizações da saúde.

Estudos da literatura evidenciam o *Lean Healthcare* em hospitais e organizações da saúde com o foco no paciente e destacam que organizações que não mapeiam o seu fluxo tem maiores dificuldades para repassar aos seus funcionários os problemas, gargalos e perdas que o processo pode trazer (EIRO; TORRES-JÚNIOR, 2015).

“O modelo lean preserva o foco no paciente através da observação cuidadosa do fluxo dos procedimentos pela equipe de enfermagem, como um instrumento de melhoria contínua [...]” (EIRO; TORRES-JUNIOR, 2015, p.9).

A Universidade na qual se realizou o estudo possui como um de seus pilares na área da saúde um serviço de atendimento ambulatorial, denominado Ambulatório Central (AMCE). Para suprir algumas necessidades de melhorias e redução de procedimentos que não agregam valor ao paciente, este trabalho apresenta a proposta de utilização do Mapeamento do Fluxo de Valor ou *Value Stream Mapping* (VSM) com base na filosofia de gestão *Lean Healthcare*, a fim de contribuir com esta

área tão importante para os usuários destes serviços.

O AMCE realizou no último trimestre mais de dezoito mil consultas, sendo que aproximadamente 20% delas são apenas da área de Oftalmologia. Hoje a área da Oftalmologia é a que tem mais fluxo de pacientes e também a maior espera. Como foco deste trabalho, daremos início a aplicação do VSM na área de Oftalmologia do AMCE, o que possibilitará aperfeiçoar os processos com intuito de diminuir as perdas, dando mais agilidade ao atendimento e comodidade aos pacientes.

Como objetivos para este estudo elencamos: desenhar o mapa do fluxo de valor atual e identificar as perdas e falhas no processo atual.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e observacional, realizado no serviço de oftalmologia de um ambulatório público vinculado a uma instituição de ensino superior no interior do Rio Grande do Sul.

A pesquisa descritiva é aquela em que se pretende descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade (TRIVIÑOS, 1987)

Já no estudo observacional, o investigador atua como observador de fenômenos ou fatos, sem realizar qualquer intervenção, mas, por outro lado, pode realizar medições, análises e outros procedimentos para coleta de dados (FONTELLES, 2009).

Os dados foram coletados no primeiro semestre de 2018, através de uma planilha que orientava a tomada de tempos em cada uma das etapas percorridas pelo paciente, caracterizada como parte do Mapeamento do Fluxo de Valor (VSM).

O coletador compareceu ao serviço e acompanhou todo o atendimento recebido pelos pacientes fazendo registros em planilha de papel específica seguindo com a transcrição para o Excel. Foram registradas as etapas percorridas bem como cronometrados os tempos de espera e atendimento.

Os dados foram analisados através de um brainstorming baseado no conhecimento adquirido através do estudo da literatura e a partir desta “tempestade de ideias” baseada em conhecimento científico definiu-se a análise do VSM do estado atual e o levantamento dos problemas.

Este estudo dispensou o Comitê de Ética em Pesquisa, pois não se trata de uma

pesquisa envolvendo seres humanos diretamente. Foi avaliado e aprovado pelos gestores do serviço em questão.

3 RESULTADOS

O setor de Oftalmologia do referido serviço conta com 1 enfermeiro responsável pelo setor, 1 técnico de enfermagem por turno e 10 médicos. O setor administrativo é corporativo com os outros setores do AMCE.

As consultas são pré-agendadas pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e há um limite de atendimento agendado para cada médico por dia, esses por sua vez tem uma escala de trabalho.

Além dos agendamentos prévios, é possível realizar eventuais encaixes, o que pode gerar aumento no número de consultas. O tempo disponível de cada profissional médico varia de acordo com a quantidade de consultas agendadas, sendo o expediente encerrado ao finalizar o último atendimento.

Foram realizadas entre abril e setembro de 2016 no AMCE 28.627 consultas, sendo que 5.052 dessas são da Oftalmologia. Neste mesmo período foram realizados 2254 exames, que não dependem da consulta médica, destes 272 são da Oftalmologia. Portanto, 17,6% de todos os atendimentos feitos no AMCE e 12% dos exames são da Oftalmologia, foco deste trabalho.

O VSM foi realizado de acordo com as recomendações de Rother e Skook (2004).

Os mesmos autores listam algumas dicas para facilitar a construção do mapa do estado atual:

- a) coletar os dados do estado atual enquanto se caminha pelos fluxos reais de informações;
- b) caminhar de porta-a-porta, passando por todo o fluxo de valor de modo que seja possível entender a sequência dos processos;
- c) verifique primeiramente a expedição final para depois ir até os processos que antecedem, assim é possível identificar por primeiro os processos que estão diretamente ligados ao consumidor;
- d) utilizar um cronômetro próprio sem utilizar tempos ou padrões anteriores;
- e) mapear pessoalmente o fluxo, sem ajuda de outras pessoas, a fim de entender o fluxo por completo;

f) desenhar manualmente e a lápis, assim concentrando-se apenas no entendimento do fluxo.

O mapeamento deve começar pela planta de porta-a-porta e deve ser anotado o processo em si, ou seja, o coletador acompanhou o paciente desde a entrada pela porta principal até o momento em que ele deixou as dependências do serviço, registrando na planilha específica os dados.

Após a coleta de dados seguindo os passos descritos anteriormente, obteve-se os tempos médios percorridos pelos pacientes em cada etapa do atendimento, conforme tabela 1.

Tabela 1 - Média de tempo por atividade

<i>Atividade</i>	<i>Média de Tempo</i>
Chegada do paciente (fila de espera)	00:00:00
Atendimento no Guichê	00:33:23
Saída do Guichê	00:35:23
Chegada sala de espera	00:36:19
Atendimento pela enfermagem	00:57:57
Sala de espera interna	00:59:51
Entrada para atendimento médico	01:36:54
Saída do atendimento médico	01:38:39
Saída do AMCE	01:41:28

Fonte: dados da pesquisa

A análise do VSM possibilitou identificar as seguintes fragilidades:

- a) inexistência da análise da capacidade de atendimento, o que pode levar a uma sub utilização do serviço em alguns períodos e dias e uma super utilização em outros, gerando listas de espera para o agendamento de consultas e exames;
- b) o lead time não é calculado para que se possa identificar os dias ou turnos com fluxo menor de pacientes e adequar o agendamento;
- c) não há um controle de qualidade dos atendimentos, sendo que o fluxo seguido pelos pacientes, algumas vezes, depende do profissional que o atende na primeira etapa do processo, além de gerar agendamento equivocado de consultas, em relação a datas, horário e profissionais;
- d) déficit na manutenção preventiva dos equipamentos, o que pode gerar, algumas vezes, atraso ou cancelamento nos atendimentos;
- e) não há conhecimento sobre as etapas do processo que não geram valor, o que gera desconforto e descontentamento por parte dos pacientes;

- f) inexistência de um fluxo concreto de atendimento para todos os pacientes;
- g) pouca padronização no atendimento médico;
- h) Há diversos tempos de espera durante o atendimento, gerando mais etapas que não agregam valor.

3 DISCUSSÃO

Para suprir a demanda dos atendimentos em saúde do município, gestores realizam parcerias com as instituições de ensino para a oferta desses serviços. Essas parcerias oferecem benefícios para os usuários, através do acesso ao serviço de saúde, e aos profissionais em formação, pela experiência adquirida durante as práticas com os pacientes e suas necessidades reais.

Partindo dessa ideia, é esperado que se encontre algumas fragilidades nos processos de trabalho. A organização do serviço sofre influência na agenda a partir da disponibilidade de horários dos professores e estudantes, que por vezes são flexíveis e podem ser alterados durante os períodos letivos.

Devido a essa característica, alguns processos não são analisados com ferramentas de gestão que aprimorem o atendimento, confirmando a necessidade dos gestores de compreender que a satisfação do paciente não está relacionada apenas ao atendimento pelo profissional, mas também por todo o processo até que de fato o atendimento ocorra.

Corroborando com esta ideia, Chadha, Singh e Kalra (2012) declaram em seu estudo que maior dificuldade em aplicar o Lean na saúde está exatamente em manter a qualidade esperada pelos paciente com a agilidade e menores custos propostos pelo Lean, sendo necessário focar a atenção na qualidade e eficiência dos serviços continuamente.

Em contraponto, Graban (2013), explica que os hospitais e serviços de saúde, em geral, estabelecem rotinas de atendimento para manter a plena utilização da estrutura e equipamentos.

No entanto, o Lean Healthcare permite refletir que essa prática não tem o paciente como foco, dificultando portanto que o serviço seja realizado com qualidade, agilidade e realmente, com menores custos, sem a necessidade de retrabalho e inúmeros processos desnecessários e, muitas vezes, custoso à instituição

Cabe destacar também que o elevado tempo de espera se dá pois os pacientes que são atendidos no serviço são provenientes de municípios de toda a região de saúde que o serviço está localizado, fazendo com que muitos dos usuários compareçam ao serviço com antecedência desnecessária.

No que diz respeito à manutenção dos equipamentos, podemos analisar o fato de que alguns desses são doados ou foram adquiridos por parcerias com os governos municipais e por esse motivo, acabam sendo utilizados até que percam sua funcionalidade e gerando um custo expressivo diante do concerto. Para solucionar esse problema é necessário a sensibilização dos envolvidos para que seja feita a manutenção adequada e a substituição dos equipamentos quando necessário.

A realização do VSM promoveu uma visão geral de todos os processos envolvidos na oftalmologia, o que gera a possibilidade dos gestores do serviço analisarem as fragilidades mais urgentes e unirem esforços na busca destas soluções, bem como, possibilitou identificar as atividades que não agregam valor e que podem ser suprimidas do processo, fazendo com que este fique mais ágil e menos custos, agregando também na percepção de qualidade dos pacientes atendidos.

Estes resultados encontrados com a realização do Mapeamento do Fluxo de Valor do estado atual, foco deste trabalho, foi possível, pois segundo, Rother e Shook (2004), é através desta técnica que o fluxo é enxergado por completo e as fontes dos desperdícios são identificadas. O VSM é também, uma ferramenta qualitativa que permite descrever um fluxo ideal para a produção, onde é possível a descrição do que realmente deverá ser feito para chegar a um estado com números desejáveis, o chamado Mapeamento do Fluxo de Valor do estado futuro.

4 CONCLUSÃO

O estudo evidenciou fragilidades referente a gestão do fluxo do paciente, como: os tempos de espera entre cada etapa do processo, a manutenção dos equipamentos utilizados na realização dos exames, a movimentação do paciente desde o agendamento até seu completo atendimento, os horários de agendamento das consultas e a padronização dos protocolos de atendimento.

Foram mapeadas diversas situações que não agregam valor ao paciente. Diante deste resultado, propõe-se que seja realizado um mapeamento do fluxo futuro

projetando intervenções para melhorias dos processos mediante fragilidades levantadas e assim, melhorar a qualidade do serviço, a satisfação e segurança do paciente.

Conclui-se também que o VSM poderá trazer resultados e análises importantes nos demais serviços oferecidos, podendo ser de grande valia sua aplicação nos demais especialidades do Ambulatório em questão, bem como a realização do VSM do estado futuro poderá ser um guia relevante para suprimir as etapas que não agregam valor e solucionar as demais fragilidades levantadas.

REFERÊNCIAS

CHADHA, Rajeev; SINGH, Amita; KALRA, Jay. **Lean and queuing integration for the**

transformation of health care processes. Clinical Governance: An Intl J, [s.l.], v. 17, n. 3, p.191-199, 27 jul. 2012. Emerald.
<http://dx.doi.org/10.1108/14777271211251309>.

EIRO, N. Y; TORRES-JUNIOR, A. S. **Comparative study:** TQ and Lean Production ownership models in health services. Revista Latino-americana de Enfermagem, [s.l.], v. 23, n. 5, p.846-854, out. 2015. FapUNIFESP (SciELO).
<http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0151.2605>.

FONTELLES, M.J; SIMÕES, M.G.; FARIAS, S.H.; FONTELLES, R.G.S.
Metodologia da pesquisa

científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa/ Scientific research methodology: guidelines for elaboration of a research protocol. Rev. Para. Med. = Rev. Para.Med. (Impr.); 23(3), jul.-set. 2009

GRABAN, M. **Hospitais Lean** – Melhorando a qualidade, a segurança dos pacientes e o envolvimento dos funcionários. 2a Ed., Porto Alegre, Brasil: Bookman, 2013.

HENRIQUE, B.D. **Modelo de mapeamento de fluxo de valor para implementação do Lean em ambientes hospitalares.** 2014. 119 f. Tese (Mestrado em Engenharia de Produção) -

Universidade de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, São Paulo. 2014

LIKER, J. K. **O modelo Toyota:** 14 princípios de gestão do maior fabricante do mundo. Porto Alegre: Bookman, 2005, 316 p.

PERALTA, C. B. da L.; FORCELLINI, F. A. **Lean Healthcare**: uma análise da literatura. Produto & Produção, vol. 16 n.2, p.93-113, jun. 2015.

ROTHER, M.; SHOOK, J. **Aprendendo a enxergar**: mapeando o fluxo de valor para agregar valor e eliminar o desperdício. São Paulo: Lean, 2004. 102 p.4

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

WOMACK, J. P.; JONES, D. T. **A Mentalidade enxuta nas empresas**. Tradução Ana

Beatriz Rodrigues; Priscilla Martins Celeste. Rio de Janeiro: Campus, 1998. 427 p.
Título Original: Lean Thinking.

CAPÍTULO VIII

APLICABILIDADE DO MÉTODO SIX SIGMA EM HOSPITAIS

Antonio Carlos Carvalho Nascimento Filho

RESUMO

Na busca de novas ideias para melhorar a qualidade dos serviços prestados, diversos hospitais do mundo vêm buscando na metodologia Six Sigma a solução para seus problemas. O Six Sigma é uma metodologia utilizada para melhorar a qualidade de produtos, processos e/ou serviços, por meio da redução da variabilidade dos processos. Desenvolvido pela Motorola em 1987 como “*The Six Sigma Quality Program*”, o método estabelece um padrão de qualidade de 3,4 defeitos por milhão de oportunidades. Durante a década de 90 diversas empresas, como *General Eletric*, *Ford*, *3M*, também implementaram seus programas “Six Sigma”. No Brasil, a pioneira foi o Grupo Brasmotor, que em 1999, obteve mais de 20 milhões de reais de retorno a partir dos primeiros projetos “*Six Sigma*” concluídos. Essa metodologia já é conhecida pelos brasileiros, especialmente no setor industrial, mas pouco utilizada em ambientes hospitalares. De fato, a metodologia é capaz de entregar resultados consistentes. Entretanto sua implementação em áreas hospitalares pode ser tumultuosa visto que o setor se caracteriza por desafios excepcionais, tratamentos clínicos e cirúrgicos caros, especializados e singulares. Entretanto, ainda que o caráter individualizado da medicina seja um fator de dificuldade, observa-se na literatura que é factível aplicar o método em hospitais.

Palavras chaves: Six Sigma, Six Sigma em Hospitais do Brasil, Gestão da Qualidade em Hospitais;

Descritores: Gestão da Qualidade Total; Six Sigma; Administração Hospitalar; Melhoria Contínua da Qualidade

ABSTRACT

In the search for new ideas for the quality of the services provided, several hospitals in the world seeking to improve the Six Sigma methodology to solve their problems. Six Sigma is a methodology used to improve the quality of products, processes and / or services, by reducing the variability of processes. Developed by Motorola in 1987 as “*The Six Sigma Quality Program*”, the quality method of 3.4 defects per million opportunities. During the 1990s, several companies, such as General Electric, Ford, 3M, also implemented their “Six Sigma” programs”. In Brazil, the Brasmotor Group pioneer, which in 1999, obtained more than R \$ 20 million in return from the first completed “Six Sigma” projects. This methodology is already known by Brazilians, especially in the industrial sector, but little use in hospital environments. In fact, the methodology can deliver consistent results. However, its implementation in hospital areas can be tumultuous as the sector is classified by exceptional challenges, expensive, specialized, and unique commercial and surgical treatments. However, even though the individualized nature of medicine is a factor of difficulty, it is observed in the literature that it is feasible to apply the method in hospitals.

Keywords: Six Sigma, Six Sigma in Hospitals in Brazil, Quality Management in Hospitals

Descriptors: Total Quality Management; Six Sigma; Hospital administration; Continuous Quality Improvement

1 INTRODUÇÃO

Na busca de novas ideias para melhorar a qualidade dos serviços prestados, diversos hospitais do mundo vêm buscando na metodologia Six Sigma a solução para seus problemas. O Six Sigma é uma metodologia utilizada para melhorar a qualidade de produtos, processos e/ou serviços, por meio da redução da variabilidade dos processos. Desenvolvido pela Motorola em 1987 como “*The Six Sigma Quality Program*”, o método estabelece um padrão de qualidade de 3,4 defeitos por milhão de oportunidades. Durante a década de 90 diversas empresas, como *General Eletric, Ford, 3M*, também implementaram seus programas “Six Sigma”. No Brasil, a pioneira foi o Grupo Brasmotor, que em 1999, obteve mais de 20 milhões de reais de retorno a partir dos primeiros projetos “*Six Sigma*” concluídos. Essa metodologia já é conhecida pelos brasileiros, especialmente no setor industrial, mas pouco utilizada em ambientes hospitalares. De fato, a metodologia é capaz de entregar resultados consistentes. Entretanto sua implementação em áreas hospitalares pode ser tumultuosa visto que o setor se caracteriza por desafios excepcionais, tratamentos clínicos e cirúrgicos caros, especializados e singulares. Entretanto, ainda que o caráter individualizado da medicina seja um fator de dificuldade, observa-se na literatura que é factível aplicar o método em hospitais.

De tal modo, o presente texto tem por objetivo identificar casos de sucesso de aplicação do método *Six Sigma* em hospitais brasileiros e ao redor do mundo, verificando a possibilidade de aplicá-lo em hospitais brasileiros.

DMAIC E OUTROS MÉTODOS SIX SIGMA

O Six Sigma é uma metodologia utilizada para melhorar a qualidade de produtos, processos e/ou serviços, por meio da redução da variabilidade dos processos, diminuição ou eliminação de defeitos. O método foi proposto inicialmente por Bill Smith, para a Motorola, em 1987, como “*The Six Sigma Quality Program*”, que estabelecia um padrão de qualidade de 3,4 defeitos por milhão de oportunidades a ser utilizado por ela em todos os seus produtos, processos e transações.

O termo Six Sigma deriva da curva normal gaussiana, onde cada intervalo indica um sigma ou um desvio padrão. Além disso, o termo Sigma refere-se ao desvio padrão de

um processo em relação à sua média. Em um processo normalmente distribuído, 99,73% da medição ficará dentro de $\pm 3\sigma$, como vê-se na Figura 1.

Figura 1: curva normal gaussiana e sua distribuição de probabilidades



Fonte: adaptado de Pande; Neuman; Cavanagh, 2007.

O primeiro, principal e mais utilizado método Six Sigma é o DMAIC (*Define, Measure, Analyze, Improve, Control*), indicado para reduzir defeitos em processos e serviços já existentes. Trata-se de uma conjunção de diversas ferramentas estatísticas e da Gestão da Qualidade sobre o ciclo PDCA de (DEMING, 1988).

Figura 2:: conjunção do DMAIC sobre o PDCA. Figura 2 mostra no lado esquerdo as quatro fases do PDCA (*Plan, Do, Check, Act*) enquanto o lado direito sumariza o DMAIC sobre o PDCA, mostrando a ênfase nas etapas de *Plan* (Planejar), *Check* e *Control* (Checar e Controlar) do PDCA ao invés da etapa *DO* (Fazer).

Figura 2:: conjunção do DMAIC sobre o PDCA



Fonte: Adaptado de Ferraz, 2020.

Além do DMAIC, utiliza-se também o método DCOV (*Define, Characterize, Optimize, Verify*), indicado para otimizar o desenvolvimento de novos produtos e processos, de modo a atingir os níveis de performance esperados pelos consumidores.

Segundo Silva; Lima; Santos (2004), a metodologia DMAIC tem os seguintes objetivos a alcançar em suas fases:

- *Define* – Definir claramente, o que é considerado como errado (defeito), onde o problema ocorre e quem são os afetados, definindo suas necessidades e expectativas;
- *Measure* – Determinar o atual desempenho do processo e compará-la com suas metas, identificando que variáveis X são capazes de provocar variação na saída Y;
- *Analyze* – priorizar as variáveis X através da análise dos dados coletados e identificar as causas raízes do defeito;
- *Improve* – Aperfeiçoar o desempenho do processo, ajustando os parâmetros de entrada das variáveis X, de modo a reduzir ou eliminar os defeitos;
- *Control* – Implementar ferramentas de controle para sustentar continuamente os ganhos obtidos na fase *Improve*.

A ESCOLHA DE INDICADORES PARA PROJETOS HOSPITALARES DE SIX SIGMA

Um ponto crucial para verificar a melhoria alcançada por um projeto Six Sigma é uma adequada escolha do indicador de qualidade a ser utilizado. A função de um indicador é descrever um cenário específico, uma informação específica para o time de gestão do negócio que permita a mais adequada tomada de decisão. Os melhores indicadores são aqueles que, sozinhos, conseguem descrever tais cenários específicos, mas nem sempre é possível.

Em um hospital, por exemplo, é difícil verificar a qualidade dos serviços oferecidos por apenas um Indicador. A partir do conceito de *Balanced Scorecard*, (BITTAR, 2001), por exemplo, resumiu indicadores de saúde em cerca de dez “agrupamentos e qualidade” e 125 indicadores:

Tabela 1: Agrupamento de indicadores da qualidade hospitalar

Indicadores externos ou de meio-ambiente – 15 indicadores
Recursos componentes da estrutura – 21 indicadores
Indicadores de estrutura – 09 indicadores
Indicadores de produção – 08 indicadores
Indicadores de produtividade – 05 indicadores
Indicadores econômico-financeiros – 19 indicadores
Indicadores de economia da saúde – 11 indicadores
Indicadores hospitalares da Qualidade – 13 indicadores
Indicadores de imagem – 10 indicadores
Indicadores de recursos humanos – 14 indicadores

Fonte: Adaptado de Bittar (2001).

Dentre esses, Chaves (2021) identificou que o acompanhamento dos indicadores listados abaixo são requisitos-chaves para obtenção de certificações e acreditações hospitalares como a Organização Nacional de Acreditação (ONA) e a *Joint Commission International* (JCI). Assim, pode-se esperar que sejam os mais utilizados em projetos Six Sigma.

- **Taxa de ocupação (TO)** – percentual da quantidade de pacientes atendidos (total de leitos ocupados - TLO) em relação ao número de leitos (TL) disponíveis por dia, ou seja, excluindo-se diariamente os leitos bloqueados para manutenção (TLM). Uma vantagem desse indicador é possibilidade de correlação com parâmetros relativos a pacientes como cor, idade, sexo, entre outros, e está relacionado a eficácia da estrutura hospitalar.
- **Taxa de mortalidade (TM)** – corresponde ao número de óbitos (NO) em um intervalo de tempo definido (Tempo). Ele é mais utilizado como parâmetro da eficiência da estrutura hospitalar. O tipo de procedimento também tem influência sobre ele.
- **Tempo médio de permanência (TMP)** – leva-se em conta o tempo de permanência do paciente (TPP) dentro do hospital, em um intervalo de tempo definido (Tempo), e o número de pacientes (np) atendidos no período. Este também é um indicador relacionado a eficácia da estrutura hospitalar, mas que requer mais cuidado em sua aplicação, já que o tipo de procedimento tem bastante influência sobre ele;
- **Intervalo de substituição (IS)** – refere-se ao tempo médio de desocupação dos leitos. Deste modo, podemos perceber o próprio tempo de ociosidade dos leitos, dentro de um intervalo de tempo definido (itd);
- **Retorno de investimento (ROI)** - indica o quanto a instituição arrecadou em relação ao montante de recursos investidos. Esse indicador pode ser relacionado com parâmetros relativos ao setor médico como procedimentos, convênio, especialidade, médico e setor.
- **Satisfação do paciente** – esse indicador revela a qualidade da assistência aos usuários do sistema, quantificando diretamente a humanização do atendimento, e influenciando diretamente na gestão de pacientes. A partir de um questionário de avaliação, elaborado a partir das metas traçadas pela direção, o cálculo é realizado pelo número de respostas positivas, dividido pelo total de respostas e

multiplicado por cem. Com tal resultado em mãos, o gestor pode avaliar a necessidade de investir ou não no atendimento ou em mudanças estruturais;

- **Satisfação da equipe** – sendo a própria equipe a parcela fundamental da sobrevivência do negócio hospitalar, torna-se muito importante mensurar e garantir a sua satisfação quanto ao trabalho. A satisfação da equipe é mapeada por meio de um questionário de avaliação do clima organizacional, normalmente elaborado e executado por uma firma terceira e idônea, e deve ser capaz de permitir a sua correlação com os indicadores de produtividade da equipe.

Evidentemente, a escolha de outros indicadores depende da especialização de cada unidade hospitalar. A AHA¹, por exemplo, já chegou a publicar, em seus relatórios, cobrindo o desempenho de 3 mil hospitais norte-americanos, cerca de 750 indicadores. No Brasil existem entidades que colhem e publicam indicadores de hospitais associados: PROAHSA – Programa de estudos avançados em administração hospitalar e de sistemas de saúde, uma parceria entre a EAESP-FVG² e o HCFMUSP³; CQH – Controle de qualidade do atendimento médico-hospitalar no Estado de São Paulo; e ANAHP – Associação Nacional de Hospitais Privados.

2 ESTUDOS DE CASO

Para avaliar a capacidade de ganhos em hospitais públicos e privados com a implementação da metodologia Six Sigma estudamos alguns casos de sucesso no Brasil e no Mundo. (sendo 10 artigos internacionais e 5 artigos nacionais), destacando os ganhos conquistados aos diversos indicadores hospitalares. Os artigos internacionais estavam disponíveis nas bases de dados *PubMed*, *Science Direct*, *Scielo*, *Web of Science* e *Scopus* e os nacionais, na base *Google Scholar*. Para o nosso estudo, em ambas as listas limitamos a seleção a artigos publicados entre 2013 e 2020.

¹ American Hospital Association, Hospital Administrative Services – HAS. Chicago (IL); 1979.

² Escola de Administração de Empresas de São Paulo – Fundação Getúlio Vargas

³ Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

2.1 CENÁRIO INTERNACIONAL

2.1.1 Wellstar Kennesaw Hospital (Kennesaw, EUA)

Furterer (2018) descreveu sobre a implementação do método Six Sigma no hospital privado Wellstar Kennesaw Hospital, em Kennesaw, EUA, e os resultados alcançados. Houve uma redução do tempo de permanência em 30%, redução da porcentagem de pacientes que saem sem tratamento de 6,5% para 0,3% e melhora da satisfação do paciente de 24% para 89,9%.

Tabela 2: exemplos de ganhos obtidos com a implementação do Six Sigma no Wellstar Kennesaw Hospital

Antes do Six Sigma	Depois do Six Sigma	Ganho
TMP - Não informado	TMP – Não informado	Redução de 30%
Porcentagem de pacientes que saem sem tratamento – 6,5%	Porcentagem de pacientes que saem sem tratamento – 0,3%	Redução de 95%
Satisfação do paciente – 24%	Satisfação do paciente – 89,9%	Incremento de 55%

Fonte: Adaptado de Furterer (2018).

2.1.2 Hospital Universitário de Nápoles I (Nápoles, Itália)

Improta *et al.* (2015) descreveu sobre a implementação do método Six Sigma no Hospital Universitário Frederico II, de Nápoles, Itália, e os resultados alcançados. Especificamente falando sobre a gestão de pacientes submetidos à cirurgia de prótese de quadril houve uma redução do tempo médio de permanência do paciente na internação hospitalar, de 18,9 para 10,6 dias, representando uma redução de tempo de 44% e economia de 260 mil euros anuais.

Tabela 3: exemplos de ganhos obtidos com a implementação do Six Sigma no Hospital Universitário Frederico II de Nápoles

Antes do Six Sigma	Depois do Six Sigma	Ganho
TMP – 18,9 dias	TMP – 10,6 dias	Redução de 44%
Custo hospitalar com próteses de quadril – não informado	Custo hospitalar com próteses de quadril – não informado	Economia de 260.000 euros anuais.

Fonte: Adaptado de Improta *et al.* (2015).

2.1.3 Hospital Universitário de Nápoles II (Nápoles, Itália)

Improta; Balato; Romano (2017) descreveram uma nova utilização do método Six Sigma no Hospital Universitário Frederico II, de Nápoles, Itália, para melhorar a qualidade e reduzir custos relacionados à cirurgia de substituição da prótese do joelho, diminuindo o tempo média de permanência do paciente na internação hospitalar de 14,2 para 8,3 dias, ou seja, uma redução 42%. Foi também alcançado uma economia de 260.000 euros no ano de 2017.

Tabela 4: exemplos de ganhos obtidos com a implementação do Six Sigma no Hospital Universitário de Nápoles

Antes do Six Sigma	Depois do Six Sigma	Ganho
TMP – 14,2 dias	TMP – 8,3 dias	Redução de 42%
Custo hospitalar com cirurgias de joelho – não informado	Custo hospitalar com cirurgias de joelho – não informado	Economia de 260.000 euros

Fonte: Adaptado de Improta; Balato; Romano (2017).

2.1.3 Martini Hospital (Groningen, Holanda)

Tabela 5: exemplos de ganhos obtidos com a implementação do Six Sigma no Hospital Universitário de Nápoles

Antes do Six Sigma	Depois do Six Sigma	Ganho
TMP – 14,2 dias	TMP – 8,3 dias	Redução de 42%
Custo hospitalar com cirurgias de joelho – não informado	Custo hospitalar com cirurgias de joelho – não informado	Economia de 260.000 euros

Fonte: Adaptado de Improta; Balato; Romano (2017).

2.1.4 Martini Hospital (Groningen, Holanda)

Niemeijer *et al.* (2013) descreveram a utilização do método Six Sigma no hospital privado Martini Hospital, de Groningen, na Holanda, para reduzir não só o tempo médio de permanência do paciente após cirurgias de fratura de quadril em 31%, mas também o tempo de espera pré-cirúrgico em 42% e o tempo de cirurgia em 36%. Foi também alcançado uma economia de 120.000 euros.

Tabela 6: Exemplos de ganhos obtidos com a implementação do Six Sigma no Martini Hospital

Antes do Six Sigma	Depois do Six Sigma	Ganho
TMP – 13,5 dias	TMP – 9,3 dias	Redução de 31%
Tempo de espera pré-cirúrgico – 28h57min	Tempo de espera pré-cirúrgico – 16h	Redução de 42%
Tempo de cirurgia – 149mins	Tempo de cirurgia – 99 mins	Redução de 36%
Custo hospitalar com cirurgias de quadril – não informado	Custo hospitalar com cirurgias de quadril – não informado	Economia de 120.000 euros

Fonte: Adaptado de Niemeijer *et al.* (2013).

2.1.5 Mater Misericordiae University Hospital (Dublin, Irlanda)

Hyne *et al.* (2019) descreveram o uso da metodologia Six Sigma no hospital universitário Mater Misericordiae University Hospital, em Dublin, Irlanda, para reduzir o tempo de espera do paciente internado para a colocação do cateter central inserido periféricamente (PICC) em 49%. Os autores ressaltaram também que a performance do tempo foi mantida estável, mesmo com o incremento da demanda de 13,8% no período.

Tabela 7: Exemplos de ganhos obtidos com a implementação do Six Sigma no Mater Misericordiae University Hospital

Antes do Six Sigma	Depois do Six Sigma	Ganho
Tempo de espera do paciente internado (TAT) – 3,74 dias	TAT – 1,89 dias	Redução de 49%

Fonte: Adaptado de Hyne *et al.* (2019).

2.1.6 Commonwealth Health Corporation (Kuwaiti City, Kuwait)

Al-Zain *et al.* (2019) descreveram o uso da metodologia Six Sigma para reduzir o tempo de espera do paciente em uma Clínica de obstetrícia e ginecologia de um hospital privado do Kuwait, gerenciado pelo grupo Commonwealth Health Corporation. O tempo de espera de atendimento ao paciente para consultas agendadas durante a semana foi reduzido em 63% e para consultas agendadas durante os sábados foi reduzido em 67%. Já o tempo de espera de atendimento ao paciente para consultas não-agendadas durante a semana foi reduzido em 46% e para consultas não-agendadas durante os sábados em 55%. Foi também alcançado um aumento de arrecadação anual de 656.459 dólares.

Tabela 8: exemplos de ganhos obtidos com a implementação do Six Sigma no Mater Misericordiae University Hospital

Antes do Six Sigma	Depois do Six Sigma	Ganho
Tempo de espera do paciente (TEP) em consultas agendadas durante a semana - 42,7mins	Tempo de espera do paciente (TEP) em consultas agendadas durante a semana - 15,7mins	Redução de 63%
Tempo de espera do paciente (TEP) em consultas agendadas aos sábados- 59,81mins	Tempo de espera do paciente (TEP) em consultas agendadas aos sábados - 19,83mins	Redução de 67%
Tempo de espera do paciente (TEP) em consultas não-agendadas durante a semana - 49,56mins	Tempo de espera do paciente (TEP) em consultas não-agendadas durante a semana - 26,88mins	Redução de 46%
Tempo de espera do paciente (TEP) em consultas não-agendadas aos sábados - 65,64mins	Tempo de espera do paciente (TEP) em consultas não -agendadas aos sábados - 29,32mins	Redução de 55%
Lucratividade hospitalar – Não informado	Lucratividade hospitalar – Não informado	Incremento de 656.459 dólares

Fonte: Adaptado de Al-Zain *et al.* (2019).

2.1.7 Universidad de la Costa Hospital (Barranquilla, Colombia)

Barros; Jiménez (2016) descreveram o uso da metodologia Six Sigma para reduzir o tempo de atendimento no ambulatório de obstetrícia do hospital universitário

Universidad de la Costa, em Barranquilla, Colômbia. O tempo médio de atendimento deste departamento foi reduzido em reduziu de 6,89 dias para 4,08 dias.

Tabela 9: exemplos de ganhos obtidos com a implementação do Six Sigma no Mater Misericordiae University Hospital

Antes do Six Sigma	Depois do Six Sigma	Ganho
Tempo de atendimento no ambulatório de obstetrícia – 6,89 dias	Tempo de atendimento no ambulatório de obstetrícia – 4,08 dias	Redução de 41%

Fonte: Adaptado de Barros; Jiménez (2016).

2.1.8 Taizhou Hospital of Zhejiang Province (Zhejiang, China)

Chai *et al.* (2017) descreveram o uso da metodologia Six Sigma para reduzir a taxa de partos cesáreos realizadas no hospital público Taizhou Hospital of Zhejiang Province, na província de Zhejiang, China. A participação dos partos cesáreos no hospital foi reduzida de 41,83% para 32%, ou seja, uma redução real de 23,5%.

Tabela 10: Exemplos de ganhos obtidos com a implementação do Six Sigma no Taizhou Hospital of Zhejiang Province

Antes do Six Sigma	Depois do Six Sigma	Ganho
Taxa de partos cesáreos – 41,83%	Taxa de partos cesáreos – 32%	Redução de 23,5%

Fonte: Adaptado de Chai *et al.* (2017).

2.1.9 King Fahd Hospital of the University (Khobar, Arabia Saudita)

Al Kuwaiti; Subbarayalu (2017) descreveram o uso da metodologia Six Sigma para reduzir a taxa de queda de pacientes no hospital público King Fahd Hospital of the University, na cidade de Khobar, Arabia Saudita. A taxa de quedas foi reduzida de 7,18 para 1,91, ou seja, uma redução de 71%.

Tabela 11: exemplos de ganhos obtidos com a implementação do Six Sigma no King Fahd Hospital of the University

Antes do Six Sigma	Depois do Six Sigma	Ganho
Taxa de quedas de pacientes – 7,18%	Taxa de queda de pacientes – 1,91%	Redução de 71%

Fonte: Adaptado de Al Kuwaiti; Subbarayalu (2017).

2.1.10 Amman Hospital (Amman, Jordânia)

El-Banna (2013) descreveu o uso da metodologia Six Sigma para melhorar o tempo de alta de pacientes na ala pediátrica do hospital público Amman Hospital, em Amman, Jordania. Vale citar que, nesse caso, o hospital tinha uma meta de tempo de alta de 50 minutos. Após a utilização do Six Sigma o tempo médio de alta foi reduzido de 58,15 minutos para 46,6 minutos, ou seja, uma melhoria de 150% em relação ao target. Além disso, a taxa de altas com tempo médio maior que 50 minutos caiu de 65% para 13%, uma melhoria de 80%.

Tabela 12: exemplos de ganhos obtidos com a implementação do Six Sigma no Amman Hospital

Antes do Six Sigma	Depois do Six Sigma	Ganho
Tempo médio de alta de pacientes da ala pediátrica – 58,15 minutos	Tempo médio de alta de pacientes da ala pediátrica – 46,6 minutos	Melhoria de 150% em relação a meta
Taxa de altas da ala pediátrica com tempo médio maior que 50 minutos – 65%	Taxa de altas da ala pediátrica com tempo médio maior que 50 minutos – 13%	Melhoria de 80%.

Fonte: Adaptado (EL-BANNA, 2013)

2.2 CENÁRIO NACIONAL

2.2.1 Hospital Santa Isabel (Salvador-BA)

O Hospital iniciou em 2014 a implementação de seu programa de gestão da inovação baseando-se na metodologia Seis Sigma para o gerenciamento de projetos aplicados à dinâmica operacional administrativa e assistencial, excluindo fatores clínicos

do paciente. Outras ferramentas utilizadas neste programa foram o Balanced Score Card (BSC) e o gerenciamento de projetos segundo o PMBOK (GALDERICE, 2017).

Tabela 13: exemplos de ganhos obtidos com implementação do Six Sigma no Hospital Santa Isabel

Antes do Six Sigma	Depois do Six Sigma	Ganho
Tempo de atendimento – Não informado	Tempo de atendimento – Não informado	Redução de 10min por paciente
Tempo de liberação de leitos da unidade de internação para o setor de regulação de leitos – Não informado	Tempo de liberação de leitos da unidade de internação para o setor de regulação de leitos – Não informado	Redução média de 77min por leito
Tempo para início de hemodiálise – Não informado	Tempo para início de hemodiálise – Não informado	Redução média de 26min por paciente
Tempo de liberação de leitos de unidade de terapia intensiva – Não informado	Tempo de liberação de leitos de unidade de terapia intensiva – Não informado	Redução média de 3 horas por paciente
Tempo de bloqueio de leitos por necessidade de manutenção – Não informado	Tempo de bloqueio de leitos por necessidade de manutenção – Não informado	Redução média de 5 dias por leito
Custeio dos processos de terapia medicamentosa na clínica da dor – Não informado	Custeio dos processos de terapia medicamentosa na clínica da dor – Não informado	Redução de custo anual de 150 mil reais
Custeio da realização de múltiplas punções periféricas em pacientes pediátricos – Não informado	Custeio da realização de múltiplas punções periféricas em pacientes pediátricos – Não informado	Redução de custo anual de 40 mil reais
Custeio do processo de atendimento na central de abastecimento farmacêutico – Não informado	Custeio do processo de atendimento na central de abastecimento farmacêutico – Não informado	Redução anual de 200 mil reais

Fonte: Adaptado (GALDERICE, 2017).

2.2.2 Hospital Universitário UFSC (Florianópolis – SC)

Aplicando o Six Sigma de forma piloto, na cadeia de suprimentos de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) consignados, o Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC), vinculado à Rede EBSEH, reportou uma redução de tempo e otimização de gestão de materiais em 2017, obtendo uma economia de R\$278 mil, valor equivalente à redução de 13% do Valor total dos produtos em estoque (EBSEH, 2017).

Tabela 14: exemplos de ganhos obtidos com a implementação do Six Sigma no Hospital Universitário UFSC

Antes do Six Sigma	Depois do Six Sigma	Ganho
Valor total de produtos em estoque – Não informado.	Valor total de produtos em estoque – Não informado.	Redução de 13%
Custo total com estoque – não informado	Custo total com estoque – não informado	Economia de R\$278mil

Fonte: Adaptado (EBSEH, 2017).

2.2.3 Hospital das Clínicas UFG (Goiânia – GO)

Outro hospital público que aplicou a metodologia, também de forma piloto foi o ambulatório de quimioterapia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás/EBSEH, entre o período de janeiro/2018 a abril/2018.

Tabela 15: Exemplos de ganhos obtidos com a implementação do Six Sigma no Hospital das Clínicas UFG

Antes do Six Sigma	Depois do Six Sigma	Ganho
TMP – 15 dias, 1h, 24min	TMP – 9 dias, 24min	Redução de 42,8%
TO – 48,75%	TO – 58,07%	Incremento de 19,12%

Fonte: Adaptado de Ferreira *et al.* (2018).

2.2.4 Hospital Cardiopulmonar I (Salvador - BA)

A partir do ano de 2013 A Metodologia Six Sigma começou a ser implementada, de modo geral, no hospital privado Hospital Cardio Pulmonar, de Salvador-BA. Segundo (HOSPITAL CÁRDIO PULMONAR, 2016), a aplicação do método Six Sigma proporcionou uma redução de 28,1% no tempo médio de permanência dos pacientes internados na UTI, uma redução de 20% no tempo médio de espera para internação na UTI e uma redução de 12,5% no tempo médio de permanência na enfermaria da emergência. Além destes, outros ganhos foram obtidos como a otimização do Processo de Liberação de Contas Hospitalares e a melhoria do Processo de Planejamento, Compra e Disponibilização de Insumos de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME). Ainda no Setor de Faturamento, houve a redução do fluxo financeiro, com otimização do processo e eliminação de etapas redundantes.

Tabela 16: Exemplos de ganhos obtidos com a implementação do Six Sigma no Hospital Cardiopulmonar

Antes do Six Sigma	Depois do Six Sigma	Ganho
TMP – 5,7 dias	TMP – 4,1 dias	Redução de 28,1%
TMP (Emergência) – 216 minutos	TMP(Emergência) – 189 minutos	Redução de 12,5%
TME (Múltiplas filas) – 30 minutos	TME (Múltiplas filas) – 24 minutos	Redução de 20%

Fonte: Adaptado de (HOSPITAL CÁRDIO PULMONAR, 2016)

2.2.5 Hospital CARDIOPULMONAR II (Salvador-BA)

Em 2020, durante a pandemia pelo novo coronavírus, a metodologia Six Sigma foi mais uma vez aplicada no setor de emergência do hospital privado Hospital Cardiopulmonar Segundo Reis *et al.* (2020), por meio da uniformização e aceleração dos processos assistenciais, eliminação de etapas redundantes e desnecessárias dos processos administrativos e feedback contínuo foi possível alcançar uma redução de 32% no tempo médio de permanência no setor de emergência, além de uma redução de 42% no

intervalo de substituição e uma economia de 39,23% nos custos diários daquele setor.

Tabela 17: exemplos de ganhos obtidos com a implementação do Six Sigma no Hospital Cardiopulmonar

Antes do Six Sigma	Depois do Six Sigma	Ganho
TMP - 315 ± 181 min	TMP - 215 ± 154 min	Redução de 32%
IS - 137 ± 111min	IS - 82 ± 68 min	Redução de 40%
Custo Variável por paciente/dia – R\$ 288,00	Custo Variável por paciente/dia – R\$175,00	Redução de 39,23%

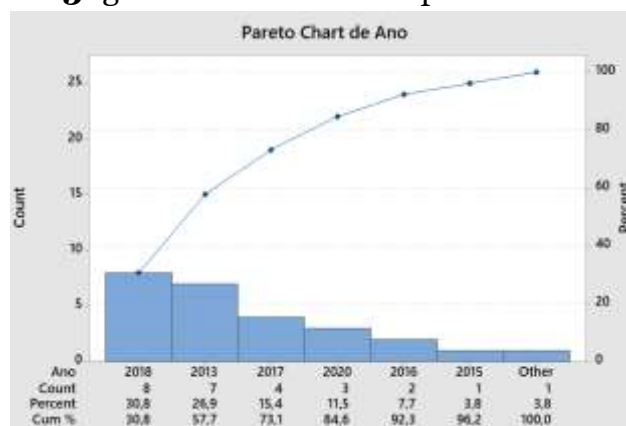
Fonte: Adaptado de Reis *et al.* (2020).

3 ANÁLISE DOS DADOS

A partir da análise de cada artigo, os dados extrínsecos e intrínsecos foram compilados em uma tabela *Excel* (Tabela 18) conforme os seguintes tópicos: ano de publicação, país, tipo de organização (público/privado), objetos de ações, indicador, resultados antes do Six Sigma, resultados depois do Six Sigma e ganhos alcançados. Na sequência, os dados foram analisados gráfica e estatisticamente por meio do programa computacional *Minitab 17*.

A partir do gráfico de Pareto do tópico ANO (Figura 3), foi possível perceber a predominância da utilização de artigos recentes (publicados entre 2020 e 2018) em relação a outros anos.

Figura 3: gráfico de Pareto do tópico ANO



Fonte: o próprio autor, 2021.

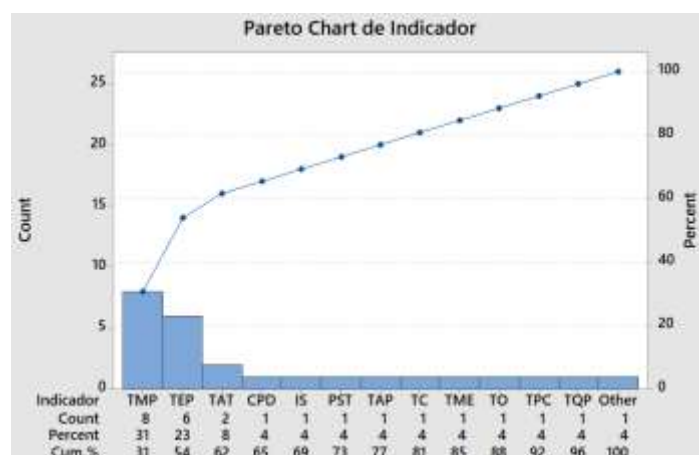
Tabela 18: compilação de dados coletados em artigos diversos

Nome do hospital	Tipo de organização (Público / Privado)	Ano de publicação	País	Objetos de ações	Indicador	Resultados antes do Six Sigma	Resultados depois do Six Sigma	Ganhos alcançados
Wellstar Kennesaw Hospital (Kenesaw, EUA)	Privado	2018	EUA	Tempo médio de permanência	TMP	Não informado	Não informado	30%
Wellstar Kennesaw Hospital (Kenesaw, EUA)	Privado	2018	EUA	Porcentagem de pacientes que saem sem tratamento	PST	6,50%	0,30%	95,38%
Wellstar Kennesaw Hospital (Kenesaw, EUA)	Privado	2018	EUA	Satisfação do paciente	SP	24%	89,90%	274,58%
Hospital Universitario de Nápoles I (Nápoles, Itália)	Público	2017	Itália	Tempo médio de permanência	TMP	18,9 dias	10,6 dias	43,82%
Hospital Universitario de Nápoles II (Nápoles, Itália)	Público	2015	Itália	Tempo médio de permanência	TMP	14,2 dias	8,3 dias	41,55%
Martini Hospital (Groningen, Holanda)	Público	2013	Holanda	Tempo médio de permanência	TMP	13,5 dias	9,3 dias	31,11%
Martini Hospital (Groningen, Holanda)	Público	2013	Holanda	Tempo de espera pré-cirúrgico	TEP	29,95 horas	16,00 horas	44,73%
Martini Hospital (Groningen, Holanda)	Público	2013	Holanda	Tempo de cirurgia	TC	2,48 horas	1,65 horas	33,58%
Mater Misericordiae University Hospital (Dublin, Irlanda)	Público	2019	Irlanda	Tempo de espera do paciente internado	TAT	3,7 dias	1,9 dias	48,47%
Commonwealth Health Corporation (Kuwait City, Kuwait)	Privado	2018	Kuwait	Tempo de espera do paciente (TEP) em consultas agendadas durante a semana	TEP	0,71 horas	0,26 horas	63,23%
Commonwealth Health Corporation (Kuwait City, Kuwait)	Privado	2018	Kuwait	Tempo de espera do paciente (TEP) em consultas agendadas aos sábados	TEP	1,00 horas	0,33 horas	66,85%
Commonwealth Health Corporation (Kuwait City, Kuwait)	Privado	2018	Kuwait	Tempo de espera do paciente (TEP) em consultas não-agendadas durante a semana	TEP	0,83 horas	0,45 horas	45,76%
Commonwealth Health Corporation (Kuwait City, Kuwait)	Privado	2018	Kuwait	Tempo de espera do paciente (TEP) em consultas não-agendadas aos sábados	TEP	1,09 horas	0,49 horas	55,33%
Universidad de la Costa Hospital (Barranquilla, Colombia)	Público	2016	Colômbia	Tempo de atendimento no ambulatório de obstetria	TAT	6,9 dias	4,1 dias	40,78%
Taizhou Hospital of Zhejiang Province (Zhejiang, China)	Público	2016	China	Taxa de partos cesáreos	TPC	42%	3%	92,35%
King Fahd Hospital of the University (Khobar, Arabia Saudita)		2017	Arábia Saudita	Taxa de quedas de pacientes	TQP	7,2%	1,9%	73,40%
Amman Hospital (Amman, Jordânia)		2013	Jordânia	Tempo médio de alta de pacientes da ala pediátrica (com meta de 50 minutos)	TAP	58,16 min	46,60 min	150%
Amman Hospital (Amman, Jordânia)		2013	Jordânia	Taxa de altas da ala pediátrica com tempo médio maior que 50 minutos	TAP	65%	13,0%	80,00%
Hospital Santa Isabel (Salvador-BA)	Privado	2017	Brasil	Tempo de atendimento (menor que 50 minutos)	TEP	Não informado	Não informado	20%
Hospital Cardio-Pulmonar I (Salvador - BA)	Privado	2013	Brasil	TMP	TMP	5,7 dias	4,1 dias	28,07%
Hospital Cardio-Pulmonar I (Salvador - BA)	Privado	2013	Brasil	TMP (Emergência)	TMP	3,50 horas	3,15 horas	12,50%
Hospital Cardio-Pulmonar I (Salvador - BA)	Privado	2013	Brasil	TME (Múltiplas filas)	TME	0,50 horas	0,40 horas	20,00%
Hospital Cardio-Pulmonar II (Salvador-BA)	Privado	2020	Brasil	TMP	TMP	5,25 horas	3,58 horas	31,75%
Hospital Cardio-Pulmonar II (Salvador-BA)	Privado	2020	Brasil	IS	IS	2,28 horas	1,37 horas	40,15%
Hospital Cardio-Pulmonar III (Salvador-BA)	Privado	2020	Brasil	Custo Variável por paciente/dia	CPD	R\$ 288,00	R\$ 175,00	39,24%
Hospital Universitario UFSC (Florianópolis - SC)	Público	2017	Brasil	Valor total de produtos em estoque	VPE	Não informado	Não informado	13%
Hospital das Clínicas - UFG (Goiânia - GO)	Público	2018	Brasil	TMP	TMP	381,40 horas	216,40 horas	40,12%
Hospital das Clínicas - UFG (Goiânia - GO)	Público	2018	Brasil	TO	TO	48,75%	58,07%	19,12%

Fonte: o próprio autor, 2021.

Já o gráfico de Pareto do tópico INDICADOR (Figura 4) mostra que os indicadores mais utilizados em projetos Six Sigma foram o TMP (Tempo médio de permanência) e o TEP (Tempo de espera do paciente), que juntos foram utilizados em mais de 54% dos projetos. Presume-se aqui que a escolha destes indicadores deva ter sido não só pela maior facilidade em coletá-los, mas também por sua importância para obtenção de certificações e acreditações hospitalares como a ONA (Organização Nacional de Acreditação) e a JCI (*Joint Commission International*), como mencionado por Chaves (2021).

Figura 4: gráfico de Pareto do tópico INDICADOR



Fonte: o próprio autor, 2021.

Para o Indicador TMP, tem-se uma média de sucesso (Redução) de 32,23%, como visto na Figura 5, com desvio padrão de 9,99% e valor-P de 0,272. Apesar de tal valor-P indicar que os valores obtidos não são estatisticamente significativos (o que seria se o valor-P fosse menor que 0,05), ressalta-se que o tamanho da amostragem (N = 8) é muito pequeno para tanto. Claramente deveria se coletar mais dados, ou seja, avaliar mais artigos, para melhorar a confiabilidade estatística dos dados.

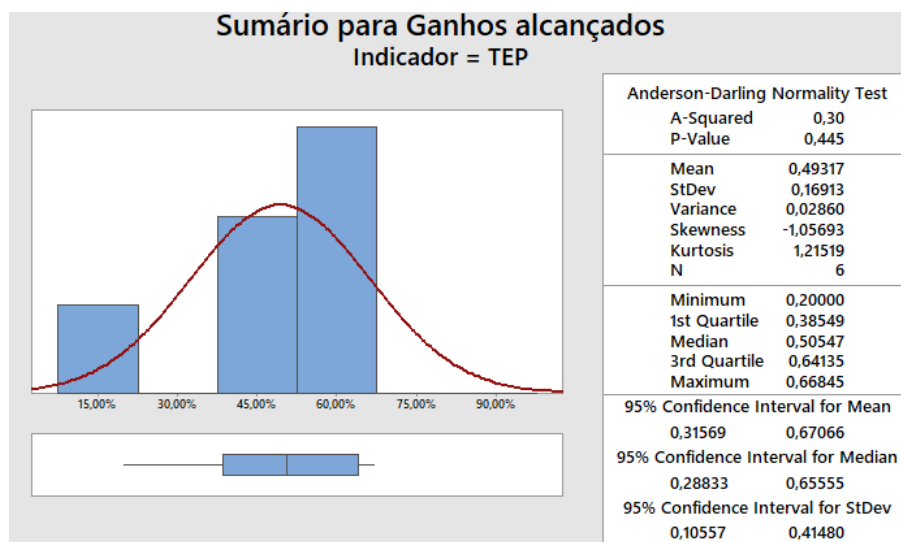
Figura 5: gráfico sumário estatístico de Ganhos alcançados em relação ao indicador TMP



Fonte: o próprio autor, 2021.

Para o Indicador TEP, temos uma média de sucesso (Redução) de 49,3%, como visto na Figura 6, com desvio-padrão de 16,91% e valor-P de 0,445. Novamente, apesar de tal valor-P indicar que os valores obtidos não são estatisticamente significativos (o que seria se o valor-P fosse menor que 0,05), ressalta-se que o tamanho da amostragem ($N = 6$) é muito pequeno para tanto. Claramente deveria se coletar mais dados, ou seja, avaliar mais artigos, para melhorar a confiabilidade estatística dos dados.

Figura 6: gráfico sumário estatístico de Ganhos alcançados em relação ao indicador TEP



Fonte: o próprio autor, 2021.

Foi realizada também a análise estatística dos diversos outros tópicos listados na Tabela 18. Apesar de tais análise terem sido feitas graficamente, optou-se por sumarizar os dados principais na Tabela 19 abaixo.

Tabela 19: tabulação de dados para testes de hipóteses

Indicadores	Ganhos alcançados			
	Média	Desvio-padrão	Número de amostras	P-value
Hospitais públicos	0,46392	0,22987	13	0,126
Hospitais privados	0,42173	0,23098	13	0,436
Hospitais do mundo (excetuando o Brasil)	0,55464	0,20939	16	0,171
Hospitais do Brasil	0,26394	0,1096	10	0,189
Hospitais do primeiro mundo	0,46214	0,21074	8	0,008
Hospitais do terceiro mundo	0,4325	0,23895	18	0,361

Fonte: do próprio autor, 2021.

Analisando os dados do Tabela 19 vê-se que:

1. Hospitais públicos apresentaram maiores ganhos, na média, que os hospitais privados.

2. Hospitais do mundo (excetuando o Brasil) apresentaram maiores ganhos, na média, que os hospitais privados
3. Hospitais do primeiro mundo (historicamente, países ricos e com mais recursos financeiros disponíveis) apresentaram maiores ganhos, na média, que Hospitais do terceiro mundo (historicamente, países pobres com menos recursos financeiros disponíveis).

Foi então possível realizar testes de hipóteses para as perguntas abaixo:

- Q1. Hospitais públicos conseguem mais sucesso que hospitais privados, com a aplicação Six Sigma?
- Q2. Hospitais ao redor do mundo conseguem mais sucesso que hospitais do Brasil, com a aplicação do Six Sigma?
- Q3. Hospitais de primeiro mundo conseguem mais sucesso que hospitais de terceiro mundo, com a aplicação do Six Sigma?

Como critério de avaliação usar-se-á o valor de 5% como sendo de o valor de significância estatística. Logo os testes de hipótese devem apresentar uma valor-P menor que 5% para que as hipóteses H_0 sejam rejeitadas. Casos contrários, os testes de hipótese com valor-P maior que 5% significarão a rejeição das hipóteses H_a .

A Tabela 20 sumariza os resultados dos testes de hipóteses.

Tabela 20: sumário dos testes de hipótese para o questionário

Questionário	H_0	H_a	Valor-P	Conclusão
Q1 - Hospitais públicos conseguem mais sucesso que hospitais privados , com a aplicação do Six Sigma ?	Sim	Não	P=0,323	Não rejeita-se a hipótese nul visto que Valor P > 0,05
Q2 - Hospitais ao redor do mundo conseguem mais sucesso que hospitais do Brasil , com a aplicação do Six Sigma ?	Sim	Não	P = 1	Não rejeita-se a hipótese nul visto que Valor P > 0,05
Q3 - Hopitais de primeiro mundo conseguem mais sucesso que hspitais de terceiro mundo , com a aplicação do Six Sigma ?	Sim	Não	P=0,622	Não rejeita-se a hipótese nul visto que Valor P > 0,05

Fonte: o próprio autor, 2021.

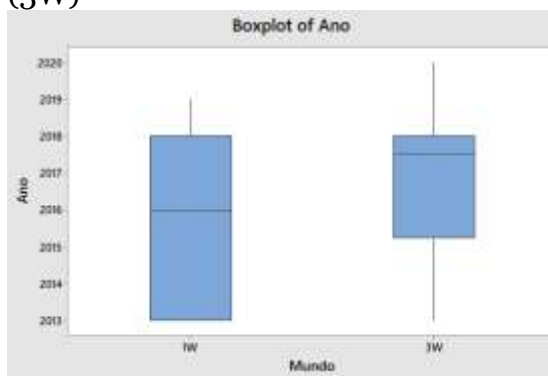
Eis as conclusões dos testes:

- R1. Sim, hospitais públicos conseguem (ou conseguiram) melhores resultados com Six sigma do que hospitais privados. Dois fatores poderiam explicar essa hipótese: o primeiro fator seria que os hospitais públicos possuíam menor nível de qualidade ANTES da aplicação do Six Sigma que os hospitais privados. Caberia aqui outra avaliação estatística seguida de teste de hipótese, mas não há dados suficientes para tal teste.

O segundo fator seria que, pelo fato de os hospitais públicos utilizados na amostragem serem, em sua maioria, hospitais universitários, eles são naturalmente mais propensos a serem mais fiéis à metodologia. Também não há dados suficientes para realizar este teste de hipótese.

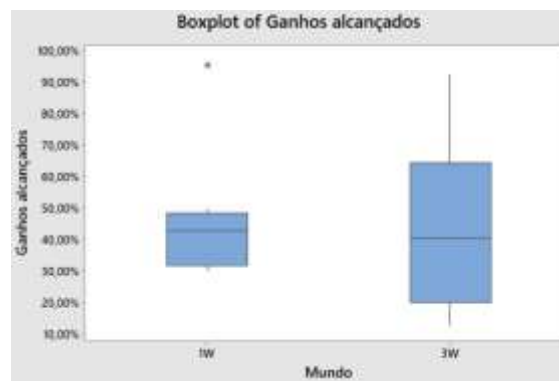
- R2. Sim, hospitais ao redor do mundo conseguem (ou conseguiram) melhores resultados que hospitais do Brasil, com a aplicação do Six Sigma. Apesar da validação estatística, há dois fatores que invalidam esta afirmação: o primeiro fator, um tanto óbvio, seria a quantidade reduzida de hospitais brasileiros na amostragem. O segundo fator é que, ainda hoje, poucos hospitais brasileiros já utilizam o Six Sigma. Isso é evidenciado pela própria quantidade de artigos brasileiros identificados nesta revisão.
- R3. Sim, hospitais de primeiro mundo conseguem (ou conseguiram) melhores resultados que hospitais de terceiro mundo, com a aplicação do Six Sigma. Novamente, apesar da validação estatística, há um fator que pode explicar esta afirmação: o tempo de aprendizagem. Independentemente do volume de recursos financeiros disponíveis, os países mais pobres estão ainda assimilando a metodologia. Seus artigos são mais recentes, como vê-se na Figura 7, e a dispersão de suas taxas de sucesso são muito maiores, como vê-se na Figura 8.

Figura 7 Distribuição Box-plot dos “Anos de publicação de artigos” em relação aos grupos Países de 1º mundo (1W) e Países de 3º mundo (3W)



Fonte: o próprio autor, 2021.

Figura 8: Distribuição Box-plot dos “Ganhos alcançados” em relação aos grupos Países de 1º mundo (1W) e Países de 3º mundo (3W)



Fonte: o próprio autor, 2021.

Há ainda um fator comum aos testes de hipóteses realizados, que seria a necessidade de ter uma amostragem maior de dados a serem analisados, visto que o critério do valor-P é sensível ao tamanho da amostragem.

4 CONCLUSÃO

Pôde-se ver pelos casos listados nesse artigo que o Six Sigma é uma ferramenta versátil nas diversas perspectivas hospitalares e de larga utilização em hospitais internacionais. Constatou-se que sua capacidade de sucesso em ambientes hospitalares não depende de fatores contumazes de velhas discussões como ‘hospitais privados versus públicos’, ‘hospitais com pequeno número de leitos versus hospitais com grande número de leitos’, ou ainda, ‘hospitais com grande volume de receita (primeiro mundo) versus hospitais de pequena receita (terceiro mundo)’. Nem mesmo a questão ‘hospitais internacionais versus hospitais brasileiros’. Há exemplos de sucessos em todos esses tipos de hospitais, independente do setor específico em que foi implementado. Inclusive, apesar da metodologia proporcionar maiores ganhos quando há o apoio do grupo diretor da gestão hospitalar, o método também se mostrou eficiente em oportunidades experimentais, típicas de projetos pilotos.

O Six Sigma é uma metodologia para “otimizar e controlar processos, reduzindo sua variabilidade” e não simplesmente “resolver problemas”. Em projetos Six Sigma, os ganhos são consequências das otimizações e não costumam ser frutos de simples ação, mas de ações integradas por vários times e

departamentos. Por isso, o apoio do alto nível hierárquico é de longe o mais importante para o seu sucesso em larga escala em ambientes hospitalares. Para Damasceno *et al.* (2011) a qualidade no setor de saúde é pressionada por fatores externos, como Governo, Concorrência, Fornecedores e Operadoras de planos de saúde e não apenas pelos Consumidores. Além disso os fatores internos Corporativismo médico – que acreditam serem os únicos hábeis e responsáveis pela qualidade na área de saúde, Funcionários e Administradores (que desejam que a qualidade seja fruto de seus méritos) também são mais conservadores e relutantes em aplicar novas experiências. Faz-se necessário “remover as pedras do caminho do rio”. De novo, é fundamental o apoio do alto nível hierárquico.

Outro fator importante para a aplicação do Six Sigma em todo o território nacional vem a ser a utilização de indicadores comuns entre os diversos hospitais. Desse modo, todos poderiam ser comparados entre si e um plano de qualificação hospitalar nacional poderia ser sugerido a partir de um Programa Six Sigma Nacional para Gestão Hospitalar.

Uma oportunidade real para aplicar a metodologia Six Sigma na rede EBSEH veio com a publicação dos decretos nº 8.777 de 11 de maio de 2016 e nº 9.903 de 08 de julho de 2019. A partir deles, tornou-se obrigatório a coleta, tratamento e divulgação de dados relativos a indicadores de qualidade pré-definidos pelo poder executivo federal. É a Política dos Dados Abertos (BRASIL, 2016; 2019). Recentemente, o hospital HUPES/UFBA, veiculado a EBSEH, por exemplo, publicou seu Plano de Dado Abertos – PDA 2020/2022, tipificando cerca de 21 indicadores (EBSEH, 2021). Poderia ser uma oportunidade real de testar o método Six Sigma, pelo menos de forma piloto, para melhorar a qualidade de seus serviços oferecidos.

Outra oportunidade para aplicar a metodologia Six Sigma na própria rede EBSEH surgiu com o anúncio do Programa e Selo EBSEH de Qualidade com sendo um projeto estratégico para implantação da avaliação de qualidade na Rede EBSEH, e promover a cultura de melhoria contínua dos serviços prestados nos HUs da Rede (EBSEH, 2021).

REFERÊNCIAS

- AL KUWAITI, A.; SUBBARAYALU, A. V. Reducing patients' falls rate in an Academic Medical Center (AMC) using Six Sigma "DMAIC" approach. **International Journal Health Care Quality Assurance**, Kuwaiti City, kuwaiti, May 2107. 30(4):373-384.
- AL-ZAIN, Y. *et al.* Implementing Lean Six Sigma in a Kuwaiti private hospital. **Internation Journal Health Care Quality Assurance**, Kuwait City, Kuwait, 2019. 32(2):431-46.
- BARROS, M. A. A. O.; JIMÉNEZ, H. F. Use of Six Sigma Methodology to reduce appointment lead-time in obstetrics outpatient department. **Journal of Medical Systems**, Barranquilla, Colombia, 2016. 40(10):220.
- BRASIL. DECRETO Nº 8.777 DE 11 DE MAIO DE 2016. **Presidência da República - Secretaria-Geral - Subchefia para Assuntos Jurídicos**, 2016. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/decreto/d8777.htm>. Acesso em: 28 mar. 2021.
- BRASIL. Decreto nº 9.905, de 8 de julho de 2019. **JusBrasil**, 2019. Disponível em: <<https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/729983343/decreto-9905-19>>. Acesso em: 28 mar. 2021.
- CHAI, Z. *et al.* Applying Lean Six Sigma methodology to reduce cesarean section rate. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, Nov 2017. 23(3):562-566.
- DAMASCENO, H. *et al.* **Aplicação da estratégia seis sigma a uma unidade de saúde**. IX EPG - Encontro Latino Americano de Pós-graduação. Taubaté: Universidade do Vale do Paraíba. 2011.
- EBSERH. Novo método garante economia de 13% com estoques no HU-UFSC - Notícia destaque - EBSERH. **EBSERH.GOV.BR**, 19 mar. 2017. Disponível em: <www2.ebserh.gov.br/web/portal-ebserh/noticia-destaque1/-/asset_publisher/mUhqpXBVQ6gZ/content/id/3289116/2018-07-novo-metodo-garante-econ...>. Acesso em: 19 mar. 2021.
- EBSERH. **116ª REUNIÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO**. Ata - SEI 116 (13000471) SEI 23477.001697/2021-78. Brasília: MEC-BR. 2021. p. 5.
- EBSERH. Dados abertos - EBSERH. **EBSERH.GOV.BR**, 2021. Disponível em: <www2.ebserh.gov.br/web/hupes-ufba/dados-abertos>. Acesso em: 19 mar. 2021.
- EL-BANNA, M. Patient Discharge Time Improvement by Using the Six Sigma Approach: A Case Study. **Quality Engineering**, Amman, Jordania, 2013. 25:4, 401-417.

FERREIRA, D. C. *et al.* **Otimização em processos hospitalares:** Metodologia Six Sigma. <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/26363>. ed. Natal: SEDISUFRN, 2018.

FORD MOTOR COMPANY. **Six Sigma Process Fundamentals:** Reference guide. Dearborn: Ford Press, 2003.

FURTERER, S. L. Applying Lean Six Sigma methods to reduce length of stay in a hospital's emergency department. **Quality Engineering**, Kennesaw, p. 389-404, April 2018. ISSN DOI: 10.1080/08982112.2018.1464657.

GALDERICE, T. B. D. F. Aplicação da metodologia lean seis sigma no desenvolvimento de um programa de gestão da inovação, no Hospital Santa Izabel. **Revista Saúde HSI**, Salvador, v. 1, p. 52-60, Mar 2017.

GEORGE, M. L. **Lean Six Sigma For Service:** How to Use Lean Speed and Six Sigma Quality to Improve Services and Transactions. 1st. ed. New York, USA: McGraw-Hill, 2003.

HOSPITAL CÁRDIO PULMONAR. Córdio Pulmonar - Córdio Pulmonar conclui primeiro ciclo do Projeto Lean Six Sigma. **Hospital Córdio Pulmonar**, 19 mar. 2016. Disponível em: <<https://www.cardiopulmonar.com.br/noticia/cardio-pulmonar-conclui-primeiro-ciclo-do-projeto-lean-six-sigma/>>. Acesso em: 19 mar. 2021.

HYNE, J. P. *et al.* Use of Lean Six Sigma methodology shows reduction of inpatient waiting time for peripherally inserted central catheter placement. **Clinical Radiology**, London, United Kingdom, May 2019. 74(9):733.e5-733.e9.

IMPROTA, G. *et al.* Lean Six Sigma: a new approach to the management of patients undergoing prosthetic hip replacement surgery. **Journal of Evaluation Clinical Practice**, Naples, Italy, 2015. 662-672.

IMPROTA, G.; BALATO, G.; ROMANO, M. Improving performances of the knee replacement surgery process by applying DMAIC principles. **Journal of Evaluation Clinical Practice**, Naples, Italy, Sep 2017.

NIEMEIJER, G. C. *et al.* The usefulness of lean six sigma to the development of a clinical pathway for hip fractures. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, Groningen, The Netherlands, May 2013.

REIS, B. *et al.* **Redução do tempo de permanência na emergência de pacientes com indicação de hospitalização:** programa fast track in. Qualidade, Segurança e Ciência como estratégias para superação da pandemia. Salvador: Fundação Cardio-Pulmonar. 2020.

CAPÍTULO IX

GESTÃO DE SEGURANÇA NA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE EM AMBIENTES HOSPITALARES: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Amanda Mayara de Sousa Silva
Ayanne Mirelle de Sousa Silva
Ana Júlia Benício da Silva
Rafaela Amaro Januário
Rozane Pereira de Sousa

RESUMO

A Segurança do Paciente pode ser afetada por incidentes que ocorrem o ano inteiro em instituições hospitalares ao redor do mundo. A gestão de segurança desses incidentes compreende uma dimensão da qualidade dos serviços prestados na assistência ao paciente, daí a relevância em desenvolver estudos que discutam a luz da literatura pertinente sobre os fatores que influenciam nessa gestão da segurança. Dessa forma, objetivou-se identificar o conhecimento presente na literatura científica acerca dos fatores que influenciam na gestão de segurança na assistência ao paciente nos ambientes hospitalares. Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura com abordagem descritiva, realizada no mês de março de 2021, utilizando as bases de dados LILACS, SCIELO e BDENF. Como resultados, encontrou-se que há fatores que influenciam no processo de gestão de segurança do paciente e, assim necessitam de oportunidades de melhoria. Também foi identificado que há fatores que contribuem para a efetivação da segurança do paciente. Embora a gestão de segurança do paciente ainda constitua um desafio para muitas instituições hospitalares, a preocupação eminente dos gestores e dos núcleos de segurança do paciente resultam em estratégias que contribuem para qualidade da assistência prestada.

Palavras-chave: Assistência ao paciente, Gestão de segurança, Hospitais.

ABSTRACT

Patient Safety can be affected by year-round incidents in hospitals around the world. The safety management of these incidents comprises a dimension of the quality of the services provided in patient care, hence the relevance in developing studies that discuss the light of the relevant literature on the factors that influence this safety management. Thus, the objective was to identify the knowledge present in the scientific literature about the factors that influence safety management in patient care in hospital environments. This is an integrative literature review study with a descriptive approach, carried out in March 2021, using the LILACS, SCIELO and BDENF databases. As a result, it was found that there are factors that influence the patient safety management process and therefore need opportunities for improvement. It was also identified that there are factors that contribute to the effectiveness of patient safety. Although patient safety management is still a challenge for many hospital institutions, the eminent concern of managers and patient safety centers results in strategies that contribute to the quality of care provided.

Keywords: Patient care, Security management, Hospitals.

1 INTRODUÇÃO

No cenário hospitalar, a Segurança do Paciente (SP) configura-se como atividade fundamental para que ocorra uma assistência de saúde adequada. Nesse contexto, a SP compreende as ações para minimizar o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde a um nível aceitável (BRASIL, 2013).

A SP pode ser afetada por incidentes que ocorrem o ano inteiro em instituições hospitalares ao redor do mundo (ANDRADE *et al.*, 2018). Entende-se como incidente o evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao usuário do serviço de saúde (BRASIL, 2013). A gestão de segurança desses incidentes compreende uma dimensão da qualidade dos serviços prestados na assistência ao paciente, daí a relevância em desenvolver estudos que discutam a luz da literatura pertinente sobre os fatores que influenciam nessa gestão da segurança.

Como uma forma de garantir a SP, o Ministério da Saúde (MS) instituiu a Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Esse programa objetiva contribuir para que seja ofertado um cuidado em saúde de qualidade em todas as instituições de saúde do Brasil (BRASIL, 2013). O PNSP traz como proposta ações de prevenção e redução da ocorrência de incidentes nos ambientes de saúde, visando reduzir danos/agravos ao paciente.

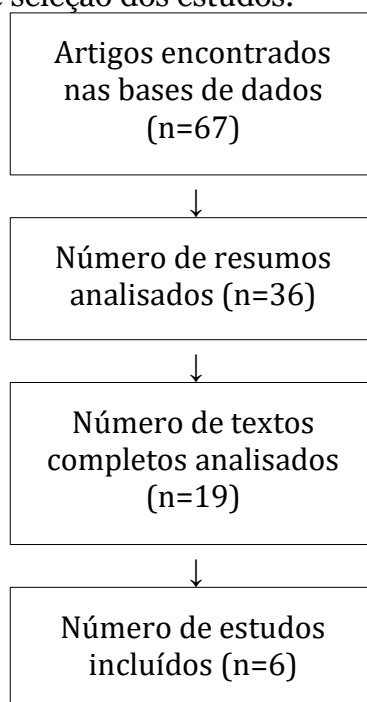
Sabendo a importância da gestão de segurança na redução da ocorrência de prejuízos ao paciente, e o quanto é essencial a implantação de uma gestão de qualidade nos ambientes hospitalares para que o cuidado ocorra de forma mais efetiva, o presente trabalho tem como objetivo identificar o conhecimento presente na literatura científica acerca dos fatores que influenciam na gestão de segurança na assistência ao paciente nos ambientes hospitalares.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura com abordagem descritiva. Os artigos foram identificados por busca bibliográfica, utilizando-se os descritores indexados no DeCS: “gestão de segurança”, “hospitais”, “assistência ao

paciente”, combinados com o operador booleano “AND”. Foi realizada no mês de março de 2021 nas seguintes bases de dados: *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS), *Biblioteca Eletrônica Científica Online* (SCIELO) e *Banco de Dados em Enfermagem* (BDENF). Utilizou-se como critérios de inclusão: estudos disponibilizados na modalidade de artigo original, nos idiomas português e inglês, publicados no período compreendido entre os meses de janeiro de 2011 a janeiro de 2021; e como critérios de exclusão delimitou-se: a presença de artigos duplicados e pagos. A busca resultou em 67 artigos, dos quais seis foram selecionados para análise (Figura 1).

Figura 1 – Processo de seleção dos estudos.



Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

3 RESULTADOS

A busca nas bases de dados foi realizada no mês de março de 2021, sendo selecionados seis estudos para compor a revisão integrativa, conforme disposto no quadro 1.

Quadro 1- Caracterização dos estudos segundo resultado da revisão literária, 2021 (N=6)

Origem e Diário (volume, número, página, ano)	Título do artigo	Autores/ano	Objetivo	Resultados
<p>SCIELO</p> <p>Ciênc. saúde colet., v. 22, n. 6, p. 1991-2002, 2017</p>	<p>Racionalização e Construção de Sentido na Gestão do Cuidado: uma experiência de mudança em um hospital do SUS</p>	<p>AZEVEDO <i>et al.</i>, 2017</p>	<p>Avaliar e identificar, em hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS), experiências de organização, bem como gestão do cuidado direcionadas para o melhoramento da qualidade da assistência e para a inserção de inovações gerenciais neste âmbito.</p>	<p>O estudo elucida o quão complexo são os processos de mudança no âmbito da gestão do cuidado em hospitais e o dinamismo entre um determinado entendimento da gestão e suas ferramentas racionalizadoras e os indivíduos e grupos que procuram, nos processos micropolíticos e intersubjetivos, sentidos voltados a suas práticas.</p>
<p>BDENF</p> <p>Rev enferm UFPE on line, v. 14, 2020</p>	<p>Segurança do paciente em hospitais de grande porte</p>	<p>COSTA <i>et al.</i>, 2020</p>	<p>Analisar a inserção da política nacional de SP.</p>	<p>Encontrou-se que, dos 20 hospitais selecionados, 12 participaram do estudo; todos eles contam com núcleos constituídos, (91,7%) tem Plano de Segurança do Paciente e metade deles possuem profissionais dedicados exclusivamente a isso. Salienta-se ainda que mais da metade dos núcleos, implementaram todos os protocolos obrigatórios, sendo que os mais frequentes são higienização das mãos e identificação do paciente. Como eventos adversos notificados têm-se: lesão por pressão; erros de medicamentos e queda do leito.</p>

<p>LILACS Rev Bras Promoç Saúde, v. 32, p. 1-11, 2019</p>	<p>Implementação de um painel de indicadores on-line para segurança do paciente</p>	<p>DAL SASSO <i>et al.</i>, 2019</p>	<p>Mostrar o processo de inserção de um painel de indicadores de SP em uma rede de hospitais universitários federais no Brasil administrados por uma empresa de caráter público.</p>	<p>Como resultados encontrou-se que houve a envoltura dos 39 hospitais universitários, e também a troca de experiências, o compartilhamento de conhecimentos e a criação do Programa Gestão à Vista, que visa a fiscalização contínua dos referidos indicadores na instituição para o aperfeiçoamento da qualidade dos serviços de saúde. Encontrou-se como dificuldade a implementação de uma avaliação contínua e como facilidade a disponibilização dos envolvidos na aceitação dessa proposta.</p>
<p>LILACS Rev enferm UERJ, v. 28, p. 1-7, 2020</p>	<p>Perfil das notificações de incidentes em saúde em um hospital universitário</p>	<p>DIAS; CARREIRO, 2020</p>	<p>Esboçar o perfil das notificações de incidentes em saúde em um hospital universitário do Estado do Rio de Janeiro.</p>	<p>Analisou-se 534 notificações de incidentes em saúde. Como principais notificadores destacaram-se os enfermeiros, com uma proeminência expressiva das queixas técnicas, destacando a predominância da tecnovigilância. Destaca-se que os incidentes que causaram danos aconteceram com maior abundância nos departamentos de internação.</p>
<p>SCIELO Rev. Gaúcha Enferm., v. 40, 2019</p>	<p>Comunicação eficaz nas transferências temporárias do cuidado de</p>	<p>HEMESATH <i>et al.</i>, 2019</p>	<p>Relatar a implementação de um processo de padronização da comunicação eficaz para</p>	<p>O estudo trouxe como produto um formulário designado Sumário do Paciente para a Transferência do</p>

	pacientes hospitalizados		transferência temporária do cuidado de indivíduos hospitalizados.	Cuidado, que visa o atendimento do que é recomendado acerca dessa temática na literatura. Este formulário aborda aspectos importantes no que diz respeito ao paciente, norteados os profissionais no período das transições do cuidado, do transporte e da realização de procedimentos.
LILACS Rev Cient Esc Estadual de Saúde Pública, v. 7, p. 1-13, 2021	Projeto paciente seguro- Fase I: Relato de experiência	JACQUES <i>et al.</i> , 2021	Descrever a experiência da fase I do Projeto Paciente Seguro.	As ações de intervenção executadas possibilitaram identificar que o envolvimento da equipe de assistência e lideranças nos testes, bem como o compartilhamento de experiências, foi imprescindível para tratar a SP nas instituições, onde obteve-se uma redução alta (100%) em quedas e uma redução de pouco mais da metade em lesão por pressão.

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

4 DISCUSSÃO

Os estudos analisados (AZEVEDO *et al.*, 2017; COSTA *et al.*, 2020; DAL SASSO *et al.*, 2019; DIAS; CARREIRO, 2020; HEMESATH *et al.*, 2019; JACQUES *et al.*, 2021) buscaram demonstrar os fatores que influenciam na SP, evidenciando as falhas e os pontos positivos que estão presentes nos ambientes hospitalares. Sabe-se que a SP ainda se configura como algo falho em alguns estabelecimentos de saúde, porém, vem sendo implementadas medidas para melhorar esse quesito, e alguns ambientes de saúde já possuem estratégias para facilitar esse processo,

contribuindo assim para a melhora da qualidade da assistência. Lima *et al.* (2014) trazem que a promoção da segurança na saúde possui relação direta com a qualidade da assistência prestada ao paciente.

A partir dos estudos analisados, notou-se que há fatores que influenciam no processo de gestão de SP e, assim, necessitam de oportunidades de melhoria, são estes fatores:

Dificuldade no processo de implantação de uma cultura de avaliação contínua (DAL SASSO *et al.*, 2019), que está presente em muitos hospitais, e conseqüentemente a falta dessa avaliação prejudica bastante o processo de SP, fazendo com que muita coisa passe despercebida dentro dos estabelecimentos de saúde.

Resistência dos médicos na adesão às propostas de reorganização do trabalho, sendo notório que a falta de participação deste profissional favorece a subnotificação de incidentes (AZEVEDO *et al.*, 2017; DIAS; CARREIRO, 2020). No estudo de Alves, Carvalho e Albuquerque (2019) é evidenciado que a subnotificação de incidentes, está relacionada principalmente a fatores como: receio ou medo em notificar; notificação apenas de eventos mais graves; desconhecimento sobre o tema ou de como fazer a notificação e centralização do ato de notificar apenas no enfermeiro.

Fragilidades no processo de comunicação entre a equipe assistencial (HEMESATH *et al.*, 2019). Nesse sentido, a comunicação falha é um dos fatores que mais prejudica o atendimento ao paciente, visto que quando não há uma comunicação eficaz entre a equipe de saúde o cuidado pode tornar-se incompleto, e conseqüentemente prejudicar o paciente. Segundo Oliveira *et al.* (2019) na saúde, a comunicação configura-se como elemento essencial para que a assistência de saúde seja segura e de qualidade, impactando diretamente sobre seus resultados. Os autores destacam ainda que falhas no processo de comunicação, seja ela, eletrônica, verbal ou escrita são consideradas como contribuintes para o acontecimento de eventos adversos, inclusive óbitos.

Outro fator encontrado é que a maior parte dos profissionais que trabalham nos Núcleos de Segurança do Paciente não possuem capacitação específica na área da SP (COSTA *et al.*, 2020). Nesse sentido, Santos *et al.* (2019) trazem que é relevante capacitar todos os profissionais de saúde, buscando disseminar e

fortalecer a cultura de segurança, implementando ações de prevenção e protocolos voltados à SP e gerando espaços de discussão e aprendizagem entre estes profissionais.

Identificou-se ainda na literatura científica, que há fatores que contribuem para a efetivação da SP, são eles:

Humanização na assistência ao paciente (AZEVEDO *et al.*, 2017). Essa assistência humanizada é essencial para tornar o cuidado promissor, devendo ser propiciada a todos os pacientes. Para Calegari, Massarollo e Santos (2015) a humanização relaciona-se com respeito, acolhimento e empatia, além disso, também está relacionada com as melhorias das condições do ambiente, o qual deve proporcionar conforto, afim de minimizar o sofrimento da experiência de estar doente e hospitalizado, tornando o espaço hospitalar mais acolhedor.

Ações educativas no serviço de forma sistemática e envolvendo o maior número de profissionais possível (DIAS; CARREIRO, 2020). Essas ações irão contribuir para o aperfeiçoamento da equipe, preparando-os para oferecer o cuidado e segurança necessários ao paciente. Nesse sentido Marinho *et al.* (2018) sugerem a realização de atividades educativas regularmente e com pequena duração de tempo, devendo ser realizadas nos locais de trabalho objetivando discutir aspectos voltados a SP com todos os profissionais, principalmente com aqueles responsáveis pela gestão hospitalar e das unidades.

Compartilhamento de experiências e a celebração de pequenos resultados (JACQUES *et al.*, 2021). Esse compartilhamento é importante entre as instituições, para que sejam evitados erros que já tenham acontecido antes, além disso, o compartilhamento do saber também é essencial, pois favorece a disseminação de conhecimentos e assim o cuidado ao paciente ocorre de forma mais efetiva.

Sendo assim, todos esses fatores são importantíssimos no processo de gestão de SP, devendo ser efetivados em todos os serviços de saúde, e alguns deles precisam melhorar para que a gestão de segurança ocorra de forma positiva.

5 CONCLUSÃO

Embora a gestão de SP ainda constitua um desafio para muitas instituições hospitalares, a preocupação eminente dos gestores e dos núcleos de SP resultam em estratégias que contribuem para a qualidade da assistência prestada.

Portanto, a literatura analisada contemplou, de forma clara e objetiva, os fatores que influenciam na gestão de segurança na assistência ao paciente nos ambientes hospitalares. A partir do que foi analisado, percebe-se que o processo de gestão ainda se constitui como atividade falha em certas instituições de saúde, necessitando de melhorias em alguns aspectos.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Michelle de Fatima Tavares; CARVALHO, Denise Siqueira de; ALBUQUERQUE, Guilherme Souza Cavalcanti de. Motivos para a não notificação de incidentes de segurança do paciente por profissionais de saúde: revisão integrativa. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, 05 ago. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2019.v24n8/2895-2908/>. Acesso em: 15 maio 2021.
- ANDRADE, Luiz Eduardo Lima *et al.* Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. **Ciênc. saúde colet.**, v. 23, n. 1, p. 161-172, jan. 2018. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/csc/2018.v23n1/161-172/pt>. Acesso em: 09 maio 2021.
- AZEVEDO, Creuza da Silva *et al.* Racionalização e Construção de Sentido na Gestão do Cuidado: uma experiência de mudança em um hospital do SUS. **Ciênc. saúde colet.**, v. 22, n. 6, p. 1991-2002, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2017.v22n6/1991-2002>. Acesso em: 31 mar. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013.** Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Diário Oficial da União, Brasília: MS, 2013a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 09 maio 2021.
- CALEGARI, Rita de Cássia; MASSAROLLO, Maria Cristina Komatsu Braga; SANTOS, Marcelo José dos. Humanização da assistência à saúde na percepção de enfermeiros e médicos de um hospital privado. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 49, dez. 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000800042. Acesso em: 15 maio 2021.
- COSTA, Eliana Auxiliadora Magalhães *et al.* Segurança do paciente em hospitais de grande porte. **Rev enferm UFPE on line**, v. 14, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/243324/35149>. Acesso em: 31 mar. 2021.
- DAL SASSO, Márcia Amaral *et al.* Implementação de um painel de indicadores on-line para segurança do paciente. **Rev Bras Promoç Saúde**, v. 32, p. 1-11, 2019. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/9788>. Acesso em: 31 mar. 2021.

DIAS, Cláudia Novais; CARREIRO, Mônica de Almeida. Perfil das notificações de incidentes em saúde em um hospital universitário. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 28, p. 1-7, 2020. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/43213/35198>. Acesso em: 31 mar. 2021.

HEMESATH, Melissa Prade *et al.* Comunicação eficaz nas transferências temporárias do cuidado de pacientes hospitalizados. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 40, 29 abr. 2019. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000200420. Acesso em: 31 mar. 2021.

JACQUES, Fernanda Boaz Lima *et al.* Projeto paciente seguro- Fase I: Relato de experiência. **Rev Cient Esc Estadual de Saúde Pública**, Goiás, v. 7, p. 1-13, 03 mar. 2021. Disponível em: <https://www.revista.esap.go.gov.br/index.php/resap/article/view/222/146>. Acesso em: 31 mar. 2021.

LIMA, Fabiane da Silva Severino *et al.* Implicações da segurança do paciente na prática do cuidado de enfermagem. **Revista electrónica trimestral de Enfermería**, p. 310-325, jul. 2014. Disponível em: https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n35/pt_revision2.pdf. Acesso em: 15 maio 2021.

MARINHO, Monique Mendes *et al.* Intervenções educativas com profissionais de enfermagem e sua relação com a cultura de segurança. **REME – Rev Min Enferm.**, v. 22, p. 1-8, 2018. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e1148.pdf>. Acesso em: 16 maio 2021.

OLIVEIRA, Rhaquel de Moraes Alves Barbosa *et al.* Protocolo Clínico. **Comunicação efetiva para a segurança do paciente**. p. 1-24, 2019. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/214336/1110036/PRO.NUSEP.009+-R2+COMUNICA%C3%87%C3%83O+EFETIVA+PARA+A+SEGURAN%C3%87A+DO+PACIENTE+CORRIGIDA+%28Recuperado%29.pdf/70021058-eee6-40da-ab75-69675200b856>. Acesso em: 16 maio 2021.

SANTOS, Célia Maria Pinheiro dos *et al.* Cultura de segurança do paciente: Perspectiva de profissionais da saúde. **Rev enferm UFPE on line**, v. 13, 2019. Acesso em: 16 maio 2021.

CAPÍTULO X

IMPLANTAÇÃO DE SERVIÇO DE GESTÃO DE DOCUMENTOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA PARAÍBA

Patrícia Lopes Oliveira
Welida Kênia de Souza Rolim
Ramiro Moreira Tavares
Cícero Emanuel Alves Leite
Ocilma Barros de Quental

Resumo

Objetivo: Relatar a experiência da implantação de serviço de gestão de documentos no Hospital Universitário Júlio Bandeira. **Método:** Trata-se de um relato de experiência que utilizou como método a gestão por processos definida e institucionalizada no Hospital Universitário Júlio Bandeira pelo Escritório de Processos através do Modelo de Governança de Processos de Negócios (MGPN), para cumprimento da Norma Operacional de Elaboração e Controle de Documentos Institucionais da Ebserh. Inicialmente, foi elaborado o Termo de Abertura de Projeto. Em seguida, foi estruturado o painel do processo ilustrando por meio de KABAN as principais ações/atividades com responsáveis, prazos e status. Uma agenda de melhorias foi elaborada de acordo com levantamento das principais necessidades relacionadas à gestão de documentos. Após isso, foi ativada a gestão do dia a dia com o monitoramento de indicadores de desempenho. **Resultados:** Foi possível sistematizar a gestão de documentos no HUIB otimizando o fluxo de documentos institucionais contemplando elaboração, validação, aprovação, publicação e divulgação. Como principal avanço observado, o percentual de documentos publicados melhorou consideravelmente com aumento em 58,4% de janeiro de 2020 a fevereiro de 2021. O tempo médio para publicação ainda mostra necessidades de melhorias onde no mês de fevereiro houve um tempo médio de 124 dias até a publicação do documento. **Considerações Finais:** A experiência de estruturação por processos vivenciada na gestão documental através de ferramentas padronizadas e aprovadas na instituição, e baseadas nas normativas da Ebserh trouxe melhorias na organização e gestão do hospital bem como proporcionou transparência e maior visibilidade dos documentos institucionais.

Palavras-chave: Gestão da Qualidade. Gestão em Saúde. Gestão de Documentos.

Abstract

Objective: To report the experience of the implementation of a document management service at Júlio Bandeira University Hospital. **Method:** This is an experience report that used as a method the process management defined and institutionalized in the Júlio Bandeira University Hospital by the Process Office through the Business Process Governance Model (MGPN), to comply with the Operational Standard of Preparation and Control of Institutional Documents of Ebserh. Initially, the Project Opening Term was elaborated. Then, the process panel was structured illustrating through KABAN the main actions/activities with guardians, deadlines and status. An improvement schedule was prepared according to a survey of the main needs related to document management. After that, day-to-day management was activated with the monitoring of performance indicators. **Results:** It was possible to systematize the management of documents in HUIB optimizing the flow of institutional documents contemplating preparation, validation, approval, publication and dissemination. As the main advance observed, the percentage of published documents improved considerably with an increase of 58.4% from January 2020 to February 2021. The average time to publish still shows needs for improvements where in February there was an average time of 124 days until the publication of the document. **Final Considerations:** The experience of structuring processes experienced in document management through standardized tools approved in the institution, and based on Ebserh's regulations brought improvements in the organization and management of the hospital as well as provided transparency and greater visibility of institutional documents.

Keywords: Quality Management. Health Management. Document Management.

1 INTRODUÇÃO

A gestão de documentos é o conjunto de procedimentos e de operações técnicas referentes à produção, à tramitação, ao uso, à avaliação e ao arquivamento de documentos em fase corrente e intermediária. Propicia o controle e acompanhamento, contribuindo para a transparência, a desburocratização da instituição e a destinação correta dos documentos (BRASIL, 1991; EBSE RH, 2018, p.15).

A não organização e gestão do processo podem acarretar muitos prejuízos para as instituições, como perda de informações, falhas de comunicação, informalidade dos processos, procedimentos heterogêneos, e inadequação a requisitos legais e de qualidade.

No contexto do Hospital Universitário Júlio Bandeira (HUJB), a gestão de documentos é pautada pela Norma Operacional de Elaboração e Controle de Documentos Institucionais - NO.SGQVS.001, que estabelece regras para elaboração, padronização, controle, distribuição/divulgação e hierarquia dos documentos internos do hospital, de modo a garantir a correta rastreabilidade dos documentos; manter a qualidade e clareza das informações necessárias para execução dos serviços e assegurar a devida revisão e aprovação. A aplicabilidade deste processo limita-se à documentos relacionados ao sistema de gestão da qualidade do hospital, não abrangendo documentos de comunicação oficial, que devem seguir o Manual de Redação da Presidência da República (EBSE RH, 2019).

Em sentido amplo, o conceito de qualidade total ou de gestão da qualidade pode ser entendido como um modelo de gerenciamento que busca a eficiência e a eficácia organizacional. A gestão da qualidade compreende três processos básicos – planejamento, controle e melhoria. O processo de gestão de documentos está integrado ao Programa Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSE RH) de Gestão da Qualidade e o Selo Ebserh de Qualidade –SEQuali, instituído pela Portaria-SEI nº 23, em 05 de novembro de 2018, publicada no Boletim de Serviço Ebserh nº 488, tendo como objetivo a promoção da gestão da qualidade, a excelência na gestão, na educação, na pesquisa e na extensão em saúde no âmbito dos hospitais universitários federais (HUF) que compõem a rede Ebserh. (SILVA, 2006; EBSE RH, 2018).

Além disso, a gestão documental na instituição foi concebida à luz do Plano Diretor Estratégico do HUJB 2019-2020, documento que formalizou o planejamento

de ações estratégicas institucionais para o desenvolvimento de um modelo de gestão para o biênio 2019-2020, que enfrentasse os macroproblemas detectados no diagnóstico situacional, realizado entre os meses de setembro e dezembro de 2018. Alinhado ao Macroproblema 1 - Organização insuficiente dos serviços, relacionado com o NC2 - Falta de plano de gerenciamento dos setores/unidades (áreas), orientado para resultados e que tem como plano de ação estruturar processos de trabalho de todas as áreas com base na gestão por processos (HUJB, 2019).

Este artigo descreve a experiência da implantação do serviço de gestão de documentos no Hospital Universitário Júlio Bandeira-UFMG/Ebserh, alicerçado em um modelo de gestão por processos, e seus desdobramentos.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, que utilizou como método a gestão por processos definida e institucionalizada no Hospital Universitário Júlio Bandeira pelo Escritório de Processos através do Modelo de Governança de Processos de Negócios (MGPN), para cumprimento da Norma Operacional de Elaboração e Controle de Documentos Institucionais da Ebserh. Inicialmente, foi elaborado o Termo de Abertura de Projeto onde foram definidos os objetivos e potenciais ganhos, escopo do processo, equipe e outros servidores envolvidos no projeto, restrições, premissas, principais entregas, exclusões (não escopo), alinhamento estratégico, partes interessadas e riscos previamente identificados.

Em seguida, foi estruturado o painel do processo ilustrando por meio de KABAN do processo as principais ações/atividades com responsáveis, prazos e status. Uma agenda de melhorias foi elaborada de acordo com levantamento das principais necessidades de melhorias relacionadas a gestão de documentos. Após isso, foi ativada a gestão do dia a dia com o monitoramento de dois indicadores de desempenho definidos exclusivamente para acompanhar a implantação do projeto: Porcentagem de documentos publicados e Tempo médio entre recebimento e publicação de documento no site.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com a estruturação do processo, foi possível sistematizar a gestão de documentos no HUJB gerenciado pelo Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente otimizando o fluxo de documentos institucionais contemplando elaboração, validação, aprovação, publicação e divulgação conforme Norma Operacional de Mapeamento de Processos elaborada durante o desenvolvimento do projeto. Como principais avanços foram observados através da mensuração dos indicadores elaborados para monitoramento do projeto que o percentual de documentos publicados teve uma melhoria considerável com aumento em 58,4% de janeiro de 2020 a fevereiro de 2021, como é possível observar na figura abaixo.

Figura 1 – evolução percentual de documentos publicados



Fonte: processo SEI 23771.002489/2020-81, 2021.

O setor começou suas atividades de gerenciamento de documentos com planejamento das atividades e desenho do processo em novembro de 2019, seguida de uma reunião com as chefias da Gerência de Atenção à Saúde no dia 11 de dezembro do mesmo ano, para apresentação do processo e o fluxo a ser seguido e divulgado com as demais áreas do hospital. Começamos a receber documentos ainda em dezembro e até a presente data recebemos um total de 495 documentos, onde 97 foram analisados e enviados para os elaboradores para adequação às sugestões propostas; 18 estão em

análise pela equipe; 39 estão aguardando retorno dos aprovadores, 311 já foram publicados no site do HUIB.

A partir do planejamento, diagnóstico e propostas de melhorias com as ferramentas utilizadas do Modelo de Governança de Processos de Negócios (MGOP) do HUIB, observamos uma melhoria no indicador de percentual de documentos publicados como observado no gráfico acima, fechando o mês de fevereiro com um percentual de 60,8% do total de documentos recebidos e que foram publicados. Podemos observar também, uma curva crescente o que nos mostra que o processo está em melhoria contínua.

Do tempo médio para publicação que cada documento leva para passar por todas as etapas monitoradas ainda mostra necessidades de melhorias onde no mês de fevereiro tivemos um tempo médio de 124 dias até a publicação do documento conforme podemos observar na figura abaixo.

Figura 2 – tempo médio para publicação em dias



Fonte: processo SEI 23771.002489/2020-81, 2021.

Observou-se uma piora no indicador devido principalmente ao resgate de documentos entregues ainda no ano de 2019 e que aguardavam as correções sugeridas pela equipe elevando muito o tempo de dias para publicação destes documentos.

A variação foi de 0 a 267 dias no mês de fevereiro, entre o menor tempo de publicação e o maior tempo de publicação. Esta variação deverá ser mínima para que não haja prejuízo nas atividades relacionadas a cada documento. Apesar que estamos

com alguns documentos passando pela aprovação do Colegiado e Gerências o que demanda mais tempo para publicação.

4 CONCLUSÃO

A experiência de estruturação por processos vivenciada na gestão documental no HUJB através de ferramentas padronizadas e aprovadas na instituição, baseadas nas normativas da empresa EBSEH proporcionou melhorias na organização e gestão do hospital bem como proporcionou transparência e maior visibilidade dos documentos institucionais. A gestão por processos utilizada pelo hospital pode ser utilizada em outros hospitais que utilizam o Sistema Eletrônico de Informações (SEI) ou sistema equivalente que possibilite a implantação da metodologia e ferramentas propostas no MGPN.

Os resultados também apontaram a necessidade de discussões envolvendo gestores, representantes da equipe multiprofissional, representantes dos discentes e docentes para que se possa alinhar a proposta do projeto ao propósito do hospital "Ensinar para transformar o cuidar" e a sua visão "Ser referência regional no ensino e na pesquisa para formação profissional qualificada e produção de conhecimento científico, na assistência de excelência e na gestão eficiente, com foco na sustentabilidade, transparência e resultados".

No que diz respeito às limitações presentes neste estudo, destaca-se a pouca literatura encontrada nas bases de dados para subsidiar melhores discussões com os dados encontrados sendo necessário maior incentivo na área da pesquisa nesta temática.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991. Dispõe sobre a política nacional de arquivos públicos e privados e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. DF, 9 de jan. 1991. Disponível em: <
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8159.htm >. Acesso em: 30 jun.2021.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES: **Norma Operacional de Elaboração e Controle de Documentos da Institucionais**. v.02. Brasília, 2019. 2 p.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES: **Manual De Diretrizes E Requisitos Do Programa E Selo Ebserh De Qualidade**. Brasília, 2018. 5, 15 e 22 p. Disponível em: <
http://www2.ebserh.gov.br/documents/2016343/4675012/Manual_Selo_Ebserh_d_e_Qualidade__MA_001.2018.pdf/720539be-35c5-400c-9842-5d57c131e00e >.
Acesso em: 01/07/2021.

EBSERH, Hospital Universitário Júlio Bandeira: **Plano Diretor Estratégico Do Hospital Universitário Júlio Bandeira De Mello, Da Universidade Federal De Campina Grande – HUJB/UFCG**. Cajazeiras, 2019. 27 e 45 p. Disponível em: <
<http://www2.ebserh.gov.br/documents/1132097/4032000/PDE+2019-2020/89fa552b-40f4-4729-9472-f798b0655779?version=1.1> > . Acesso em: 01/07/2021.

