

SCIENCE

Vol. 4, No. 1 (jan./mar. 2023)

RESPONSABILIDADE SOCIAL NA GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

A PARTICIPAÇÃO DE USUÁRIOS E PROFISSIONAIS



SCIENCE

Vol. 4, No. 1 (jan./mar. 2023)

Editora-chefe

Mara Márcia Machado

Editor-executivo

Jadson Costa

Editor Científico

Fabício dos Santos Cirino

Comissão Editorial Amanda

Figueiredo Bittencourt Carlos

Eduardo Figueiredo Luiz Eduardo

Bettarello

Nick Guldemon

Peter Lachman

Comitê Científico

Elizabeth Fernandes Reis Lucianna

Reis Novaes Michel Matos de

Barros Margareth Mollina

Direção de arte - diagramação DK

Studio

Bia Gomes

Edição e revisão

Mariana Leite

Dalila Alves

Fotos

AdobeStock



Carta da editora

A influência da ideologia da responsabilidade social corporativa impactou significativamente a forma como as instituições de saúde abordam seus pacientes e a sociedade como um todo.

Nos cuidados de saúde, a responsabilidade social corporativa significa que existe uma obrigação ética de que as organizações tenham ações benéficas em diversos aspectos, tais como a prestação de cuidados de qualidade a todos os que têm direito.

Não é fácil praticar a responsabilidade social porque a satisfação dos interesses de alguns *stakeholders* pode ser oposta ao objetivo fundamental da maioria dos integrantes do sistema de saúde. Apesar desse paradoxo, que pode originar dificuldades na gestão das organizações de saúde, muitas organizações têm aplicado o conceito de responsabilidade social por meio de intervenções explícitas nas decisões de gestão.

Para sustentar esses princípios, as organizações devem implementar políticas e práticas que correspondam às expectativas sociais de funcionários e das comunidades e que respondam às preocupações ambientais, mantendo uma gestão ética e transparente que cumpra leis, regras e regulamentos obrigatórios. Em outras palavras, as empresas devem responder às questões da sociedade, indo além de suas atividades de geração de receita.

Deixar de reconhecer esses princípios e não os abordar de forma apropriada pode dar origem à perda da confiança pública. No setor de saúde, a confiança é um dos pilares para servir e oferecer serviços de qualidade.

Portanto, a responsabilidade social refere-se à forma como uma determinada organização gerencia suas operações internas, bem como ao impacto de suas atividades no meio social.

Novos arranjos de governança são necessários para reinterpretar o significado de assistência de qualidade para além das definições clássicas centradas apenas no sistema (estrutura), nas atividades organizadas (processo) e no resultado.

Boa leitura!

Mara Márcia Machado
Editora-chefe

Sumário



- | | | | |
|-----------|---|-----------|--|
| 05 | Editorial 1
Contribuição de usuários e profissionais na gestão dos serviços de saúde | 29 | Relato de Experiência 2
A experiência do paciente no tratamento oncológico como diferencial competitivo na cultura organizacional |
| 07 | Artigo Original 1
Acreditação, certificação, avaliação e melhoria em saúde: qualidade, segurança e valor | 35 | Artigo Original 3
A importância da verificação do perfil comportamental das lideranças em instituições de saúde |
| 18 | Relato de Experiência 1
Projeto de eficiência energética em um hospital estadual | 47 | Relato de Experiência 3
Parceria estratégica com lideranças comunitárias para adequação do perfil de atendimento em um serviço de urgência |
| 23 | Artigo Original 2
Análise da qualidade de vida de pacientes portadores de artrite reumatoide por meio da aplicação do questionário SF12 | 55 | Institucional |
| | | 56 | Normas de submissão |

Contribuição de usuários e profissionais na gestão dos serviços de saúde

Fernando Medina da Cunha^a

^a Graduação em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (CMMG); doutorado em Clínica Médica pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp); especialização em Oncologia Clínica pela CMMG; oncologista clínico e diretor técnico do Centro de Oncologia de Campinas (COC) e do Centro do Câncer Santa Casa de Piracicaba (Cecan); presidente do Centro de Estudos e Pesquisas Oncológicas de Campinas (Cepoc); Campinas/SP.

A responsabilidade social na gestão dos serviços de saúde envolve garantir que o sistema seja responsável e responsivo às necessidades de seus usuários e profissionais. Isso pode ser alcançado por meio da participação de usuários e profissionais nos processos de tomada de decisão, desenvolvimento de políticas e prestação de serviços, focados no objetivo de alcançar a excelência nesses processos.

A participação do usuário na gestão dos serviços de saúde assume várias formas, como a atuação em grupos de defesa de pacientes, conselhos de consumidores e iniciativas de saúde baseadas na comunidade. Ao envolver os usuários nos processos de tomada de decisão, os serviços de saúde podem garantir que a assistência atenda às necessidades e expectativas de quem os utiliza. Os usuários são capazes de fornecer informações valiosas sobre suas experiências, bem como sugestões de melhoria.

Da mesma forma, a participação profissional na gestão dos serviços de saúde é essencial para garantir que eles tenham alta qualidade e atendam às necessidades da comunidade. A colaboração pode envolver iniciativas de melhoria da qualidade, criação de

comitês de governança clínica e desenvolvimento de políticas de saúde. Ao engajar profissionais nos processos de tomada de decisão, os serviços de saúde conseguem ofertar benefícios seguros e eficazes, baseados em evidências.

Além disso, a responsabilidade social na gestão dos serviços de saúde abrange a promoção de práticas éticas e sustentáveis que beneficiem tanto a comunidade quanto o meio ambiente. Os serviços de saúde têm a responsabilidade de usar os recursos de forma eficiente para reduzir o desperdício, bem como de promover estilos de vida saudáveis e prevenir doenças. Isso pode ser alcançado por meio de parcerias com outras organizações e com grupos comunitários, bem como de iniciativas de educação e conscientização.

De modo geral, a participação de usuários e profissionais é fundamental para promover a responsabilidade social na gestão dos serviços de saúde. O envolvimento desses grupos serve como instrumento para garantir alta qualidade, adequação às necessidades da comunidade e sustentabilidade para as gerações futuras.



Acreditação, certificação, avaliação e melhoria em saúde: qualidade, segurança e valor

Ana Maria Malik^a

Resumo

O presente artigo buscou trazer uma análise da evolução temporal dos autores, organizações e temas tratados na área de qualidade e segurança em saúde no Brasil nos últimos 50 anos a partir da visão parcial de um ator do cenário. O método utilizado abrangeu revisão de bibliografia considerando textos desde os anos 1990, acesso recente e atualizado a sítios de organizações nacionais e internacionais e recurso não sistematizado a diversos *stakeholders* do período. Os resultados encontrados apontaram para o fato de que, embora tenha havido progresso, o campo de prática (e de pesquisa) a respeito no Brasil ainda está em desenvolvimento e se encontra pelo país de maneira tão desigual quanto as realidades dos estados e municípios. Há muito a ser feito. O Sistema Único de Saúde é grande, ambicioso e precisa atingir os brasileiros em todas as suas necessidades, inclusive na assistência, de maneira sustentável.

Palavras-chave: Gestão da qualidade; Gestão da qualidade em saúde; Segurança do paciente; Gestão em saúde; Avaliação em saúde.

^a Graduação em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP); mestrado em Administração de Empresas pela Fundação Getulio Vargas (FGV); doutorado em Medicina (Medicina Preventiva) pela USP; professora titular da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getulio Vargas (EAESP-FGV); acadêmica da Academia Brasileira de Qualidade (ABQ); São Paulo/SP.

INTRODUÇÃO

Como chegamos ao século XXI

A qualidade e a segurança em organizações de saúde são uma expectativa básica de seus usuários, ou seja, em última instância, nem caberia questionar sua existência. Nos anos 1960, no Brasil, a admissão para internação em um serviço de saúde era um fato relativamente raro, cercado de mistérios e de riscos. Na verdade, as cirurgias eram demoradas, a permanência nos serviços era longa e poucas explicações eram dadas (menos ainda oferecidas) a pacientes e familiares. Até mesmo a temperatura do paciente ou o resultado da aferição de sua pressão arterial era mantido em sigilo pela equipe assistencial. Menos divulgados ainda eram as prescrições e os planos de cuidado (quando existiam). Naquela época, como o conhecimento e/ou a informação a respeito do assunto eram pouco disseminados, era crença arraigada no senso comum de que o hospital era um local aonde só se ia quando imprescindível e onde o cuidado prestado, as instalações e os recursos disponíveis eram os melhores possíveis.

Com o passar dos anos, aumentou a quantidade de informações disponíveis para a população geral. Alguns noticiários da imprensa leiga (no século XX) e nas redes sociais (no século XXI) começaram a mostrar más condições de assistência em serviços de saúde. Em 1985, ocorreu a morte de um presidente da República por “infecção hospitalar” contraída (naturalmente) em um hospital, e o assunto passou a ser discutido não apenas em fóruns profissionais. Afinal de contas, um presidente só iria aos melhores locais.

Ao mesmo tempo, passaram a ser divulgadas no país algumas ideias relacionadas à gestão da qualidade total e, com elas, a importância de programas de melhoria, assumindo que tudo sempre pode melhorar. Passou a ser evidenciada, entre outras, a necessidade de bons serviços de manutenção, trazendo à baila um tema que não estava no consciente das pessoas:

manutenção não é algo óbvio, por mais que seja esperado, e requer decisão, recursos e competência técnica. Um dos exemplos da época era a aviação: explicitar que uma companhia tinha bom serviço de manutenção insinuava que, em outra, ele poderia não o ser, o que no mínimo poderia tornar cautelosos os potenciais clientes.

Nesse contexto, passaram-se a valorizar modelos externos de avaliação¹. A avaliação interna valoriza aspectos que interessam diretamente à gestão e à governança do serviço, enquanto a externa obriga a organização a se preparar e, principalmente, a se submeter a padrões desenhados por agentes idealmente independentes, aplicáveis da mesma maneira a todos aqueles interessados em obter o certificado em questão. Foi quando se passaram a discutir, no cenário econômico mundial geral, as certificações ISO², com suas diversas especificidades. No Brasil, a chegada desse modelo foi considerada importante, principalmente nas empresas interessadas em competir no mercado internacional e, em seguida, no nacional. Ainda se utiliza esse modelo, que está longe de ser considerado um modismo, pois evoluiu a cada tanto; quem o utiliza sabe para que o faz, e suas normas estão constantemente passando por atualizações. Dizer que o Brasil era o país com mais organizações certificadas ISO na América Latina não podia ser valorizado em demasia, pois certamente se tratava do país com mais empresas do continente, dadas suas dimensões. No entanto, a importância desses *standards* é inquestionável.

A aplicação de modelos como a ISO em serviços de saúde começou a ocorrer muito lentamente. Sua adaptação a este setor ocorreu sob uma série de críticas referentes ao desconhecimento dos especialistas no modelo sobre as questões da assistência. Começou a ser utilizado o argumento – não apenas corporativista – de que, como a prestação de assistência médica é muito diferente dos processos de produção em geral, não pode ser analisada segundo padrões aplicados na indústria. Seja como for, algumas unidades

de organizações de saúde passaram a ser certificadas, inclusive no Brasil, e não apenas aquelas claramente administrativas, como as unidades de manutenção e suprimentos, mas também as de terapia intensiva, os bancos de sangue e as unidades de diagnóstico, entre outras, tendo em vista a possibilidade de padronização de processos nelas realizados. Se, por um lado, isso serviu como evidência de preocupação com a qualidade, por outro passou a refletir questões específicas que precisariam ser pensadas com ênfase nas especificidades do setor.

Simultaneamente, passou a ser mais conhecida no Brasil, e na América Latina como um todo, a acreditação hospitalar (que começou a ocorrer nos Estados Unidos no início do século XX). Como é recomendável não adaptar diretamente qualquer modelo pensado para outra(s) cultura(s), sempre cabe lembrar que a preocupação inicial estadunidense era com a formação profissional³. Nos Estados Unidos, aliás, desde o final do século XX, a organização mais conhecida ligada ao processo de acreditação, a então *Joint Commission on Accreditation of Hospitals*, passou a se chamar *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*, ampliando seu escopo de atuação, até que, pela força de seu nome, passou a ser conhecida, no seu país de origem e internacionalmente, como *The Joint Commission* (TJC)⁴. Com isso, e com o passar do tempo, essa organização assumiu diversas funções e diversos braços organizacionais, entre os quais um internacional, a *Joint Commission International* (JCI).

Para entrar nas discussões do século XXI, cabe ainda introduzir como tema de debate a definição de serviços ou organizações de saúde (ou de assistência, para trabalhar com o conceito da TJC). Além de hospitais, há anos as acreditadoras internacionais –principalmente a TJC e a canadense *Accreditation Canada* (AC)⁵ – já enfatizam o aspecto de continuidade de cuidados, cuja premissa é que a pessoa não seja tratada em apenas um ponto da chamada rede de assistência. Assim, devem fazer parte das preocupações

de quem trabalha com qualidade e segurança, além dos hospitais propriamente ditos, os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, o transporte, a assistência prestada na residência, os cuidados pós-agudos, os cuidados paliativos, entre outros. De fato, na terceira década do século XXI, a JCI, por exemplo, atua em centros médicos acadêmicos, ambulatorios, cuidado domiciliar, hospitais, laboratórios, cuidados de longo prazo, transporte médico e centros de atenção primária. A AC, por sua vez, atua em serviços comunitários, domiciliares e de atenção primária, sistemas de saúde, hospitais, serviços independentes, assistência a idosos, fertilização *in vitro* e centros de saúde indígenas.

O objetivo deste artigo foi problematizar algumas questões dadas como fatos quando se fala em qualidade e segurança em saúde, principalmente no Brasil. No país, o tema é discutido em meios acadêmicos e profissionais há mais de 30 anos, mesmo que ainda esteja longe de ter sido implantado nacionalmente; no mundo, é tratado há quase um século (até mais, se forem considerados os esforços de Florence Nightingale e de Ernest Codman)⁶.

METODOLOGIA

Como olhar para qualidade, segurança, melhoria e valor

A pesquisa realizada foi qualitativa, em função de vivências e entrevistas informais realizadas nos últimos 30 anos pela autora, além de estudos para publicações diversas. Trata-se de um texto amplo, com diversos olhares para os diferentes estados da arte sobre o assunto, com análise crítica da bibliografia acadêmica e de divulgação, além de sítios eletrônicos. A revisão de literatura não seguiu os cânones mais utilizados, tendo sido por vezes feita a opção por textos publicados há muitos anos em detrimento de artigos mais atuais, para garantir o recurso à literatura mais citada pelos envolvidos na prática. Outro objetivo foi apresentar

aos novos estudiosos do tema uma bibliografia não normalmente trabalhada.

Este método foge do escopo da reprodutibilidade, mas assume a premissa de que o conhecimento pode ter bases diferentes das de experimentos ou de revisões sistemáticas ou integrativas.

RESULTADOS

Qualidade, segurança e gestão em saúde

Qualidade e segurança são frequentemente considerados conceitos equivalentes ou interligados: aquilo que tem qualidade deve ser seguro, de acordo com o senso comum. No entanto, a gestão da qualidade, com seus diplomas e símbolos, principalmente em saúde, nem sempre indica segurança. Poucas coisas ocorrem sem um planejamento detalhado, embora planejamento não garanta resultado, uma vez que a previsibilidade tem limites. Os clássicos da Gestão da Qualidade, como Deming e Juran^{7,8}, assumiam algumas premissas, como o conhecimento profundo (em primeiro lugar), a necessidade de planejamento e a visão de longo prazo, tentando fugir dos resultados imediatos. Nos serviços de saúde, a segurança deve estar explícita como um objetivo no planejamento da qualidade e, para tal, envolver recursos e esforços específicos. Como já dizia Donabedian⁹, um dos precursores da avaliação em saúde, discutir as dimensões de estrutura, processo e resultado (uma vez que as amenidades não fazem parte do básico dos serviços) traz questões muito pertinentes ao tema em questão. O próprio autor afirmava, desde os anos 1960, que uma boa estrutura não garante um processo adequado, menos ainda o resultado desejado, pois há diversos imponderáveis na prestação da assistência. Fica claro, porém, que, sem gestão, não existe qualidade nem segurança.

Sempre cabe a discussão sobre o que são, afinal, essas duas características. Uma das definições de qualidade, de maneira geral, é aquilo pelo que o cliente de qualquer organização está disposto a pagar. No entanto, muitas vezes o cliente não sabe quais problemas – de diversos tipos, inclusive de segurança – podem ocorrer. Exemplo disso é o código de barras em materiais e medicamentos: além de melhorar o controle de estoques, permitindo atuar sobre a eficiência da organização, já há evidências de que ele tem impacto na segurança dos pacientes, com a rastreabilidade de possíveis erros de medicação ou de insumos inadequados. Esta informação não faz parte do rol daquelas mais acessadas pelos usuários dos serviços de saúde; eles tampouco são perguntados a respeito da utilização ou não desse instrumento em pesquisas sobre satisfação, menos ainda sobre sua disposição em pagar ou não pelos dispositivos envolvidos.

Para a Organização Mundial de Saúde para a Europa (WHO/Europe), a definição mais simples de segurança do paciente é a prevenção de erros e de efeitos adversos associados à assistência¹⁰. Para essa definição ter utilidade, é fundamental assumir que erros acontecem (levando a efeitos adversos) e podem ser evitados com medidas adequadas. Levou-se alguns anos de divulgação científica, no âmbito da literatura, para profissionais de saúde se convencerem de que isso é verdade. Quanto aos pacientes, essa percepção induziu-os a temer serviços, num primeiro momento, e a desconfiar deles de forma geral, com o auxílio da divulgação de problemas pelos meios de comunicação de massa. No século XXI, artistas, políticos e outras celebridades têm seus procedimentos de saúde e tratamentos de doença, quando lhes interessa, divulgados inclusive em conjunto com assessorias de comunicação de serviços de saúde, atribuindo a estes um certo *status* junto à população. Ainda não é usual a prática da participação do usuário ou de seus acompanhantes no cuidado, mesmo que seja uma das medidas preconizadas, já há décadas, para mudar esta situação.

Há alguns anos, começou a ser difundido o mito de que seria possível evitar completamente as intercorrências em ambientes de serviços de saúde¹¹. Isso, porém, ocorreria apenas se o ambiente fosse totalmente controlável, o que é irreal. Por mais que a penalização na remuneração de episódios considerados como de não qualidade (ou resultantes de segurança inadequada) tenha sido tentada, há limites para o que se pode esperar, exigir ou punir. Falar, por exemplo, em reinternações não planejadas, é um bom começo, pois permite considerar o andamento de determinado diagnóstico ou condição como um objeto de planejamento, sem deixá-lo ao sabor da evolução normal (ou não) do paciente. Essa é uma das diversas alternativas consideradas sob a denominação da remuneração baseada em valor¹².

Em tese, uma das ferramentas usadas no século XXI com vistas ao uso eficiente dos recursos instalados é a gestão de leitos¹³, que se inicia antes da chegada do paciente a ser internado e, a partir daí, segue com o planejamento de sua estada, de sua alta e consequente saída. No Brasil, até 2016, essas ferramentas eram muito pouco usadas – inclusive em hospitais privados¹⁴ –, apesar de cada vez mais presente no discurso sobre a busca da eficiência, e possivelmente também nos públicos. Sempre há exceções, tanto que, desde 2020, tem-se falado bastante a respeito, com exemplos de casos bem-sucedidos, embora ainda haja espaço para sua maior utilização.

Qualidade e/ou segurança, quem faz?

Olhando os sites eletrônicos das organizações de acreditação, é fácil verificar que a qualidade e a segurança fazem parte de sua preocupação inicial. Em sua página, a TJC¹⁵ explicita como sua missão “capacitar e empoderar organizações de saúde mundo afora de maneira a construir alicerces para cuidado de qualidade e segurança do paciente”, em tradução livre, mas quase literal. Sua visão de futuro, ainda em tradução livre, é que os pacientes “recebam a assistência à saúde

mais segura e de melhor qualidade em todos os locais pelos quais passem na rede de cuidados”. Fica claro que qualidade e segurança fazem parte da apresentação e da proposta de atuação dessa organização. Já no site da AC¹⁶, sua estratégia aparece definida até 2026, considerando a experiência da pandemia e focada em tudo o que é necessário para aprimorar a qualidade da assistência à saúde à medida que se caminha para o futuro. A ideia é de um movimento na direção de uma visão de prestação de cuidado mais segura e de um mundo mais saudável.

Qualidade e segurança são palavras comuns, de definição vaga e nem sempre conhecida, que se tornaram aspirações legítimas de quem busca cuidados com a saúde. Desde os textos do chamado “pai da qualidade total”, WE Deming⁸, tornou-se aceito que um dos 14 princípios da qualidade é o orgulho da mão de obra, ou seja, faz parte do papel da gestão eliminar barreiras que impeçam o trabalhador de se orgulhar de seu desempenho ou que lhe dificultem a execução adequada de tarefas. Entre diversas outras causas, isso pode ocorrer por falta de condições de trabalho e/ou de conhecimento a respeito do que faz, levando a resultados aquém dos desejados. No entanto, para esse mesmo autor, fazer bem-feito (ou o melhor que se consegue) não necessariamente significa ter qualidade no trabalho, pois essas características, a rigor, podem não ser as necessárias. Fazer o melhor possível não significa que os requisitos para determinada situação foram cumpridos. Por outro lado, atender os requisitos tampouco significa qualquer coisa além de cumprir o básico. Qualidade, em resumo, significa fazer o que deve ser feito. Quanto à segurança, independentemente das definições técnicas cada vez mais conhecidas, pode ser traduzida por evitação de riscos.

Na área da saúde, um dos exemplos mais conhecidos – e lamentados – é o da segunda vítima¹⁷: o trabalhador de saúde que incide em erro, tendo em vista alguma das condições acima. Pouco mais de dez anos após o lançamento desse termo, o mesmo autor começou a

considerar que talvez o nome tenha sido utilizado com menos parcimônia do que esperado¹⁸.

Do ponto de vista de quem procura o serviço ou de quem paga por ele, não é mais suficiente seus gestores estarem satisfeitos com o desempenho obtido em determinado momento. Alguma chancela externa, técnica ou por parte dos usuários, pelo menos, deve fazer diferença na apreciação. Na área da saúde no Brasil, desde o início do século XX, os alvarás de funcionamento emitidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) são, em tese, imprescindíveis para a atuação do serviço. Cada vez mais conselhos profissionais, órgãos públicos e as chamadas operadoras de planos de saúde realizam visitas com o intuito de verificar se as condições existentes são adequadas, seja para proteger profissionais e usuários, seja para mostrar empenho. Essas avaliações externas são mandatórias; em alguns casos, os serviços precisam se submeter a elas para poder funcionar.

No Brasil, boa parte das diferentes avaliações externas, como a ISO e as creditações (nacional e internacionais), são voluntárias. Assim, as organizações decidem se querem ou não se submeter à avaliação, têm como se preparar para ela e devem pagar por sua realização. Em alguns dos sítios eletrônicos consultados, os custos (ou os preços) já constam e em outros, não, mas é conhecido o fato de que existem gastos para a organização: primeiro, os investimentos necessários para o cumprimento de requisitos que não estiverem satisfatórios no momento da avaliação; a seguir, os custos com o processo de avaliação.

Há quem diga que o custo é um dos fatores que limitam o número de organizações com esses certificados. Por outro lado, sabe-se que os avaliadores ficam mais concentrados nas regiões Sudeste e Sul, mesmo que, em um primeiro momento, o sistema nacional – Organização Nacional de Acreditação do Sistema Brasileiro de Acreditação (ONA-SBA)¹⁹ – tivesse uma proposta de descentralização. O deslocamento aumenta os custos do processo. Esta proposta não se

concretizou por diversas razões, das quais se podem destacar duas questões: uma, de mercado (não se verificou interesse suficiente por parte das organizações eventualmente avaliáveis); outra, de disponibilidade técnica (ainda se observa no país um número reduzido de profissionais habilitados e os existentes, de maneira geral, se localizam nas regiões onde se concentram os hospitais e, conseqüentemente, os hospitais acreditados, mesmo que haja cada vez mais programas de formação de avaliadores).

Outro importante ator desse cenário é o Institute for Healthcare Improvement (IHI), que tem mais de 30 anos de existência. Segundo seu sítio eletrônico, o IHI vem utilizando a ciência da melhoria para avançar e tornar sustentáveis e melhores os resultados em saúde, bem como para levar saúde mundo afora. Embora a instituição tenha um amplo portfólio de produtos/serviços, em sua página consta a possibilidade de recebimento de doação. Apesar desta ideia também aparecer em outros sítios, sua visão é de que cada um tenha a melhor assistência e a melhor saúde possível²⁰. Esse instituto tem atuação cada vez mais ampla no Brasil, sendo contratado por diversos hospitais e, no limite, pelo Ministério da Saúde, com recursos do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS), para atividades colaborativas, como também está apresentado em sua página eletrônica²¹. Os profissionais do IHI realizam cursos e consultorias, catalisam processos específicos (como de parto adequado ou de redução de infecções hospitalares), entre outras ações.

A partir de 2018, a *International Society for Quality in Health Care* (ISQua) assumiu o papel de acreditadora de entidades acreditadoras, por meio da *International Society for Quality in Health Care External Evaluation Association* (IEEA)²². No Brasil, algumas organizações, entre as quais a ONA, já detêm seu selo de aprovação.

O conceito de valor, por sua vez, tem sido introduzido na saúde no século XXI, a partir do livro de Porter e Teisberg²³ em que fica estabelecida a subjetividade

de seu entendimento. Embora *preço, custo, certo e errado* sejam definidos e aceitos, quem atribui valor a determinada prática ou atividade é seu usuário, seu cliente, quem depende dela. Assim, o preço de uma visita de acreditação é fixado com base em critérios apresentados pelos acreditadores e talvez negociado, dependendo de quem for o cliente. Seu valor, porém, deve ser atribuído por quem compra o produto ou serviço, com base no resultado esperado ou obtido em relação ao que foi gasto para obtê-lo. Dessa forma, as noções de caro ou barato têm a ver com o que se conseguiu a partir do processo. Além disso, a definição de quem compra o produto ou serviço tampouco é uniforme, pois esse ator pode ser entendido como o usuário final, a operadora de saúde, o sistema público, o trabalhador, os governos, os órgãos de divulgação.

Nesse caso, a expectativa pode ser atrair mais pacientes ou mais profissionais (idealmente mais qualificados) interessados em trabalhar no serviço acreditado. Mas também pode ser dispor de processos mais organizados, que deem mais segurança aos gestores, ou de um certificado que traga mais operadoras de saúde ou, se e quando isso acontecer, garanta preços mais vantajosos. Ainda pode ser buscada a oportunidade de sair na imprensa ou de ser uma fonte de boas práticas. Finalmente, cabe pensar na possibilidade de a organização se sentir mais confiante em oferecer qualidade e segurança a todos os seus *stakeholders*. A decisão de começar um processo desse teor não é trivial, porque ele é definido como algo que tem implicações na organização como um todo, mesmo que haja quem defenda que haja um escritório de qualidade, escritório de segurança ou escritório de valor com atividades paralelas.

Na segunda década do século XXI, uma das expressões mais usadas na literatura e por aqueles que se propunham a apresentar práticas mais adequadas era “organizações de alta confiabilidade” (OAC) ou *high reliability organizations* (HRO), que tem como uma de suas origens o marketing. Outro campo de conhecimento que utiliza esse conceito é o de inovação, que

trata de organizações onde há tecnologias (processos e equipamentos) complexas, mas onde, apesar disso, costumam ocorrer menos erros e acidentes do que nas demais²⁴, tema que é trabalhado desde o final do século XX. Observa-se, nesse tipo de organização, uma importante preocupação com falhas e com a “resiliência” (capacidade de rápida recuperação). Isso permite identificar erros de forma a saná-los e a garantir o funcionamento do sistema. É fácil identificar os serviços de saúde potencialmente como parte desse universo, ainda mais quando se discute a questão da segurança. No mundo real, isso ainda é um apenas desejo para a maioria, mas já há exemplos e caminhos estabelecidos a seguir.

Afinal, o que é necessário para melhorar a qualidade e a segurança da assistência – ou o Brasil está no caminho?

Vinte anos após o início das atividades de acreditação hospitalar no Brasil, ela está longe de ser uma realidade nacional. De fato, a cada ano aumenta o número de hospitais acreditados, porém a um ritmo muito lento: em 2023, a porcentagem destes frente ao total de existentes ainda estava abaixo de 10%. O mesmo vale para quaisquer organizações de prestação de serviços do setor. Na área de apoio diagnóstico e terapêutico, associações ou sociedades técnicas são as avaliadoras externas consideradas legítimas pelos gestores e pela comunidade setorial; os colégios de radiologia e de patologia clínica, por exemplo, estão entre os acreditados pela ISQua. No país, pode-se dizer que a população usuária dos serviços atribuiu pouco mérito aos esforços de obtenção dos certificados, talvez porque não os conheça.

A opinião pública é muito mais afetada por notícias sobre quem foi atendido onde e se houve ou não divulgação de problemas em larga escala do que por argumentos científicos ou técnicos. A maioria dos *rankings*, quando existem, tem critérios discutíveis e população

de respondentes não validada. Por outro lado, não se pode dizer que esses *rankings* ou que os certificados de avaliação externa façam alguma diferença na procura por serviços de saúde no Brasil, pelo menos até o primeiro quarto do século XXI. No setor público, a existência e a disponibilidade do serviço, além do encaminhamento para procedimentos de maior complexidade e a possibilidade física de acesso, costumam ser os grandes determinantes da escolha, superando a reputação, boa ou má, do serviço.

No setor privado, a capacidade de pagamento, associada aos demais fatores, ainda faz diferença. Estar disponível via plano de saúde é um dos maiores indutores de procura por acesso. Ter o médico como parceiro para ocupar os leitos e demais serviços é um importante instrumento de busca de sustentabilidade financeira. Para esse profissional, certificados de avaliação externa não necessariamente ajudam. A quantidade de trabalho requerida (preenchimento de prontuário e outras atividades percebidas pelo médico como burocráticas) pode ser considerada como uma das causas para essa falta de valorização. No momento, questões desse tipo, associadas às novas regras de *compliance*, têm sido associadas a um novo diagnóstico da categoria, a síndrome de *burnout*²⁵.

Em tese, os selos de certificação deveriam ser uma garantia de condições assistenciais, mas nunca conseguiriam trazer certeza de sucesso porque os conhecimentos da área da saúde não conformam um corpo de conhecimento de ciências exatas. No mínimo, existem as variações individuais, dos pacientes e dos profissionais, que interferem nos resultados obtidos. Pode-se garantir que a área física seja adequada, que os procedimentos realizados sigam as evidências científicas mais recentes e que os profissionais sejam qualificados e estejam atualizados. Não é possível, porém, assegurar que a atenção dos profissionais esteja integralmente voltada a suas tarefas, que o organismo dos pacientes responda adequadamente

às terapêuticas preconizadas nem que tudo se passe conforme desejado.

No Brasil, os selos de certificação – após mais de 20 anos do início dos processos de acreditação, por exemplo – não podem ser considerados como difundidos. Algumas entidades, como a Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp), apresentam como pré-requisito para associação algum compromisso com qualidade (e a acreditação tem sido aceita como evidência); organizações públicas gerenciadas por entidades privadas com e sem finalidade lucrativa, como é o caso das Organizações Sociais e Saúde (OSSs) ou das Parcerias Público Privadas (PPPs), buscam legitimidade perante a opinião pública obtendo certificações; e instituições filantrópicas de maneira geral, como as Santas Casas, por vezes buscam qualidade por meio de mecanismos alternativos aos mais reconhecidos. No mercado brasileiro, isso pode se dever à tradição. Algumas (poucas) operadoras de saúde, mais que o SUS, têm feito discriminação favorável nesse sentido. O SUS definiu, em 2009, seis hospitais filantrópicos como de excelência e usou como um dos critérios o fato de serem acreditados; em 2023 ainda são apenas seis, cinco no município de São Paulo e um em Porto Alegre, e o critério continua sendo válido²⁶.

No século XXI, artistas, políticos e outras celebridades têm seus procedimentos de saúde e tratamentos de doença, quando lhes interessa, divulgados inclusive em conjunto com assessorias de comunicação de serviços de saúde, atribuindo a estes um certo *status* junto à população.

O fundamental para melhorar qualidade e segurança, como em tudo, são conhecimento, condições de trabalho, dedicação e relacionamento com o paciente. Como se convencionou na área de saúde, trata-se de um constructo multifatorial. Só o conhecimento mais atualizado não garante sucesso. Apenas condições de assistência (incluindo a disponibilidade dos melhores profissionais) tampouco podem ser consideradas fiadoras de resultados. Dedicação é básico,

porque implica atenção, envolvimento, aplicação dos conhecimentos e empenho na busca das condições. No entanto, já é conhecido há décadas que, sem o envolvimento do paciente, sem sua atitude e sua anuência, os esforços podem ser frustrados. Por isso, cada vez mais se considera este um dos grandes artifícios dos desfechos^{27,28}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O que é possível concluir: a quem interessam programas acreditadores e certificadores, qualidade e segurança em saúde OU a cadeia de valor na saúde

No chamado melhor dos mundos, no mundo do doutor Pangloss do *Candide* de Voltaire (cuja primeira edição data de 1759), para quem “tudo sempre caminhava para o melhor no melhor dos mundos”^b, todas essas iniciativas, esses resultados e desfechos interessam a todos os *stakeholders* do setor. No entanto, a um olhar um pouco menos otimista é dado perceber que, em geral, cada um deles pensa ou se preocupa com outra coisa e busca um resultado específico. Alguns deles nem têm clareza do que buscam e outros não se dão conta de que sua atuação não tem saúde como finalidade precípua. Há os que nem consideram fazer parte do setor da saúde.

Nesse caso, a própria noção de cadeia de valor na saúde³⁰ pareceria não fazer muito sentido, pois naturalmente uma parte se relacionaria com outra fornecendo todo o necessário para o desenvolvimento dos processos, sempre adequados, sempre necessários e sempre com o único intuito de seguir as melhores práticas, evitando o desperdício e a utilização de procedimentos e insumos questionáveis, na tentativa de garantir a conduta mais correta e o desfecho mais

favorável segundo todos os envolvidos. Como o melhor dos mundos não existe, para entender o setor e suas peculiaridades regionais, cabe retomar cada um de seus componentes principais, desde o desenvolvimento de conhecimento até a prestação de serviços assistenciais e de apoio, passando por fornecimento de produtos, intermediação financeira em suas mais diferentes formas, distribuição de bens e serviços e logística e sistemas de informação.

Esta visão é genérica o suficiente para exigir uma explicação: está-se falando das diferentes indústrias que desenvolvem conhecimento e produtos para o setor, ao mesmo tempo em que se tem em mente a universidade, que produz conhecimento e forma profissionais em todas as áreas. A formação não se limita às universidades, pois não se fala apenas de trabalhadores de nível superior. Além disso, o papel dos institutos de ensino e pesquisa, cada vez mais presentes em hospitais, não pode ser desprezado sob pena de desperdiçar esforços e recursos de monta e largamente utilizados. A regulação entra na cadeia, para controlar tanto quem pode trabalhar no setor e em quais condições quanto quem produz e distribui produtos e serviços, onde, de que forma e a que preço. Esse quesito contribui para caracterizar o sistema como tal.

Na cadeia brasileira, também existem normas e regulamentos, bem como espaço para a inovação em todas as suas formas. Às vezes, não se trata de inovação, mas de uma nova roupagem para um processo ou terapêutica conhecida, ainda mais em um momento em que a inovação se tornou um mantra da gestão. Em outras circunstâncias, as normas atrasam o ingresso no mercado e iniciam uma disputa de poder, mas com frequência seu objetivo é proteger o cidadão, educado pelos cada vez mais presentes meios de informação (alguns corretos, outros não) para sempre buscar o novo, sem considerar seus riscos.

^b *Tout va pour le mieux dans le meilleur des mondes.*

Todas as partes da cadeia, do Estado ao cidadão, têm potencial interesse nos temas aqui discutidos. No entanto, sua expressão relaciona-se com seu conhecimento, sua possibilidade de expressão e a prioridade explícita no momento. Em situações de decisão política pela austeridade econômica, a saúde piora; o sonho de consumo das pessoas pode migrar da casa própria para o plano de saúde; a expectativa da saúde plena e da vida eterna é estimulada de forma normativa, por meio da proibição de comportamentos usuais.

Qualidade e segurança na saúde ou para o paciente, na verdade, estão sempre nos discursos daqueles que

trabalham com o tema. Gestores de serviços, consultores, agências acreditadoras e técnicos cuja atividade depende disso estão entre seus grandes defensores. No entanto, só haverá mudança real no cenário quando esses temas deixarem de ser vistos como mais um dos pedaços de que se compõe a atividade nos serviços e passarem a ser percebidos como responsabilidades coletivas, assumindo seu papel como parte do imaginário do texto constitucional que estabelece que saúde é direito de todos. Os conceitos de qualidade e segurança ainda estão subjacentes a este texto, como tantas outras necessidades reais e justas aspirações da população.

REFERÊNCIAS

- Schiesari LMC. Avaliação externa de organizações hospitalares no Brasil: podemos fazer diferente? Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2014 [Cited 2023 Feb 18];19(10):4229-4234. <https://doi.org/10.1590/1413-812320141910.21642013>.
- International Organization for Standardization (ISO). Homepage [Internet]. Cited 2023 Feb 18. Available from: <https://www.iso.org/home.html>.
- Pagliosa FL, Da Ros MA. O Relatório Flexner: para o bem e para o mal. Rev bras educ med [Internet]. 2008 [Cited 2023 Feb 18];32(4):492-99. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000400012>.
- The Joint Commission (TJC). Homepage [Internet]. Cited 2023 Feb 16. Available from: <https://www.jointcommission.org/>.
- Accreditation Canada (AC). Homepage [Internet]. Cited 2023 Feb 16. Available from: <https://accreditation.ca/>.
- Chun J, Bafford AC. History and background of quality measurement. Clin Colon Rectal Surg [Internet]. 2014 [Cited 2023 Feb 24];27(1):5-9. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1366912>.
- Juran JM, Defeo JA. Fundamentos da Qualidade para líderes. Porto Alegre (RS): Bookman; 2015.
- Deming WE. Out of the crisis. Cambridge (MA): MIT Press; 1982.
- Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? JAMA. 1988;260(12):1743-1748.
- World Health Organization (WHO). Patient Safety. WHO Europe [Internet]. Cited 2023 Feb 17. Available from: https://www.who.int/europe/health-topics/patient-safety#tab=tab_1.
- Brown J, Doloresco IF, Mylotte JM. "Never events": not every hospital-acquired infection is preventable. Clin Infect Dis [Internet]. 2009 [Cited 2023 Feb 17];49(5):743-746. <https://doi.org/10.1086/604719>.
- Kaplan R. Improving value with TDABC. Healthc Financ Manage [Internet]. 2014 [Cited 2023 Feb 24];68(6):76-83. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24968629/>.
- Schmidt R, Geisler S, Spreckelsen C. Decision support for hospital bed management using adaptable individual length of stay estimations and shared resources. BMC Med Inform Decis Mak [Internet]. 2013 [Cited Feb 24];13(3). <https://doi.org/10.1186/1472-6947-13-3>.
- Raffa C, Malik AM, Pinochet LHC. A tecnologia da informação no apoio à gestão de leitos: um estudo multicase em hospitais privados. RAD. 2017;19(3):01-23.
- The Joint Commission (TJC). Who we are [Internet]. Cited 2023 Feb 16. Available from: <https://www.jointcommission.org/who-we-are/>.

16. Accreditation Canada (AC). Strategy 2022-2026: Safer Care. A Healthier World. About [Internet]. Cited 2023 Feb 16. Available from: <https://accreditation.ca/about/strategy/>.
17. Wu AW. Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. *BMJ* [Internet]. 2000 [Cited 2023 Feb 24];320:726-727. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.726>.
18. Wu AW, Shapiro J, Harrison R, Scott SD, Connors S, Kenney L et al. The impact of adverse events on clinicians: What's in a name? *J Patient Saf* [Internet]. 2017 [Cited 2023 Feb 24];16(1):65-72. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000256>.
19. Organização Nacional de Acreditação (ONA). Homepage [Internet]. Cited 2023 Feb 17. Available from: <https://www.ona.org.br/Inicial>
20. Institute for Healthcare Improvement (IHI). About IHI. About us [Internet]. Cited 2023 Feb 17. Available from: <https://www.ihi.org/about/Pages/default.aspx>.
21. _____. Overview. Regions [Internet]. Cited 2023 Feb 17. Available from: <https://www.ihi.org/regions/LatinAmerica/Pages/default.aspx>.
22. International Society for Quality in Health Care (ISQua). International Society for Quality in Health Care External Evaluation Association. External Evaluation (IEEA) [Internet]. Cited 2023 Feb 17. Available from: <https://isqua.org/external-evaluation.html>.
23. Porter ME, Teisberg EO. Redefining health care: creating value-based competition on results. Boston (MA): Harvard Business School Press; 2006.
24. Queiroz ACS, Vasconcelos FC. Organizações, confiabilidade e tecnologia. *Rev adm empres* [Internet]. 2005 [Cited 2023 Feb 24];45(3):40- 51. <https://doi.org/10.1590/S0034-75902005000300004>.
25. Fred HL, Scheid MS. Physician Burnout: causes, consequences, and (?) cures. *Tex Heart Inst J* [Internet]. 2018 [Cited 2023 Feb 24];45(4):198-202. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6183652/>.
26. Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHp). Homepage [Internet]. Cited 2023 Feb 18. Available from: <https://www.anahp.com.br/>.
27. Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS). Homepage [Internet]. Cited 2023 Feb 17. Available from: <http://hospitais.proadi-sus.org.br/>.
28. Greenfield S, Kaplan SHS, Ware Jr JE. Expanding Patient Involvement in Care: effects on patient outcomes. *Ann Intern Med* [Internet]. 1985 [Cited 2023 Feb 24];102(4):520-528. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-102-4-520>.
29. Kebede S. Ask patients “What matters to you?” rather than “What’s the matter?”. *BMJ* [Internet]. 2016 [Cited 2023 Feb 24];354:i4045. <https://doi.org/10.1136/bmj.i4045>.
30. Pedroso MC, Malik AM. Cadeia de valor da saúde: um modelo para o sistema de saúde brasileiro. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2012 [Cited 2023 Feb 24];17(10):2757-72. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001000024>.

Projeto de eficiência energética em um hospital estadual

Wilson Antonio Nery Junior^a

Resumo

Este artigo relatou a experiência de um projeto de eficiência energética na perspectiva ESG implantado em 2018 e 2019 em um hospital público com 104 leitos que atende exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde no município de Américo Brasiliense, São Paulo. Foram instalados painéis fotovoltaicos para geração própria de energia elétrica, com incentivo da companhia elétrica local, além da substituição de sistemas de iluminação e motores elétricos com foco na eficiência energética. Após a implantação, constatou-se economia de 20% em 2022 em comparação com as medições iniciais.

Palavras-chave: ESG; Eficiência Energética; Energia Renovável; Energia Solar.

^a Graduação em Engenharia de Produção Mecânica pela Universidade Paulista (Unip); pós-graduação em Engenharia de Segurança do Trabalho pela Universidade Paulista (Unip); engenheiro responsável técnico de manutenção e sustentabilidade do Hospital Estadual Américo Brasiliense; Américo Brasiliense/SP.

INTRODUÇÃO

O conceito de governança ambiental, social e corporativa, mais conhecido pelo acrônimo ESG (do inglês, *environmental, social and governance*), foi elaborado em 2004 por 20 instituições financeiras em resposta a um chamado de Kofi Annan, então secretário-geral da Organização das Nações Unidas (ONU). ESG refere-se a como corporações e investidores integram preocupações ambientais, sociais e de governança em seus modelos de negócios¹. Mesmo nas organizações que não têm um projeto estruturado de ESG, iniciativas relacionadas a meio ambiente, sociedade e governança corporativa têm efeito favorável no desempenho financeiro².

Este artigo relata uma experiência do Hospital Estadual Américo Brasiliense, que conta com 104 leitos e atende exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Américo Brasiliense, no estado de São Paulo. O hospital tem construído um papel de responsabilidade com práticas de ESG, principalmente com o alcance de resultados positivos em um projeto de sustentabilidade no consumo de água. Assim, a instituição avançou nesse tema com um novo projeto, alinhando o uso de recursos e de incentivos financeiros à necessidade de consumo racional de energia elétrica.

O projeto de eficiência energética iniciou-se em agosto de 2018. No ano seguinte, foi submetido à análise da Companhia Paulista de Força e Luz (CPFL), que, pela Lei nº 9.991/2000^b, reserva e destina 1% de seus lucros a projetos que possam tornar as unidades consumidoras em plantas eficientes, via chamadas públicas. O Hospital Estadual Américo Brasiliense foi selecionado entre os projetos com maior potencial de custo-benefício, contando com aporte de R\$ 3 milhões para melhorias em eficiência energética.

OBJETIVO

O principal objetivo do projeto de eficiência energética foi fortalecer os pilares da sustentabilidade, desenvolvendo ações que pudessem reduzir os impactos do serviço de saúde no meio ambiente e na sociedade. Como objetivo secundário, buscou envolver os parceiros e colaboradores do hospital em uma cultura de sustentabilidade por meio do apoio e do incentivo ao projeto. E, no aspecto prático, objetivou transformar a planta hospitalar em um complexo mais eficiente, que pudesse reduzir os custos despendidos no consumo de energia elétrica sem afetar a qualidade dos serviços e assistência aos usuários do SUS.

MÉTODO

O projeto teve como ponto de partida a elaboração de diagnósticos energéticos, com levantamentos detalhados que direcionaram e identificaram os potenciais a serem explorados na implementação. Os projetos de 2018 e 2019 evidenciaram a possibilidade e o potencial de aumentar a eficiência energética dos seguintes sistemas: iluminação, motores e geração de energia solar. Assim, o projeto final envolveu a troca das lâmpadas por tecnologia de LED, a substituição dos motores elétricos por equipamentos com perfil de baixo consumo e a instalação de módulos de geração de energia via sistema fotovoltaico.

RESULTADOS

Quanto aos sistemas de iluminação, foi possível substituir aproximadamente 6 mil lâmpadas em todos os ambientes internos e externos do Hospital Estadual Américo Brasiliense. Foram incluídos os sistemas de

^b Presidência da República (Brasil). Lei nº 9.991, de 24 de julho de 2000. Dispõe sobre realização de investimentos em pesquisa e desenvolvimento e em eficiência energética por parte das empresas concessionárias, permissionárias e autorizadas do setor de energia elétrica, e dá outras providências. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19991.htm.

iluminação pública, refletores, lâmpadas de uso geral, corredores, salas cirúrgicas e de procedimentos, unidade de terapia intensiva, recepções, guaritas e casa de máquinas. Com a atualização dos sistemas de iluminação, a economia prevista após as instalações foi calculada em 63% do consumo médio de energia com iluminação.

Os sistemas de motores passaram por troca e *retrofitting*, incluindo os motores elétricos destinados a sistemas de refrigeração, exaustão, sistemas de bombeamento de água para consumo e sistema de proteção contra incêndios. O resultado projetado da modernização do sistema foi de 12% do consumo geral por motores elétricos no hospital.

Grande parte do projeto e, portanto, a economia mais representativa refere-se ao sistema de geração de energia por módulos fotovoltaicos. Com essa

instalação, o hospital passou a possuir uma usina solar de geração própria composta por 880 módulos com potência nominal de 335 Watts, representando uma produção estimada em 475 MW por ano e uma economia estimada de 18% a 25% no consumo.

Com a mensuração mensal do consumo, considerando uma série histórica de 36 meses, foi possível identificar redução significativa no consumo de energia após a implantação dos projetos de eficiência de 2018 e 2019. Na comparação do consumo total de 2019 e de 2021, foi possível identificar uma economia de 20% no consumo de energia elétrica fornecida pela CPFL, evitando um custo de R\$ 446.143,61 em 24 meses.

A Tabela 1 apresenta a série histórica do consumo de energia na instituição, demonstrando o perfil e a evolução dos últimos anos.

Tabela 1 – Variação mensal no consumo de energia elétrica (kW) no Hospital Américo Brasiliense no período de janeiro de 2017 a julho de 2022.

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
2017	272964	271940	263080	283680	282620	242900	223120	216400	191800	247120	246780	283610	3026014
2018	294439	258652	252422	309854	305055	255071	233375	227702	214182	247540	265568	316614	3180474
2019	379441	337934	298313	290173	270537	305910	222593	235093	219435	250450	303392	308281	3421552
2020	276427	310884	265685	299824	236132	190759	185322	206241	265765	281586	159607	250836	2929068
2021	263985	230447	263800	197650	263799	173132	139421	176596	269884	234612	253592	257535	2724453
2022	266648	252039	305720	258345	193779	185502	202416	***	***	***	***	***	1664449

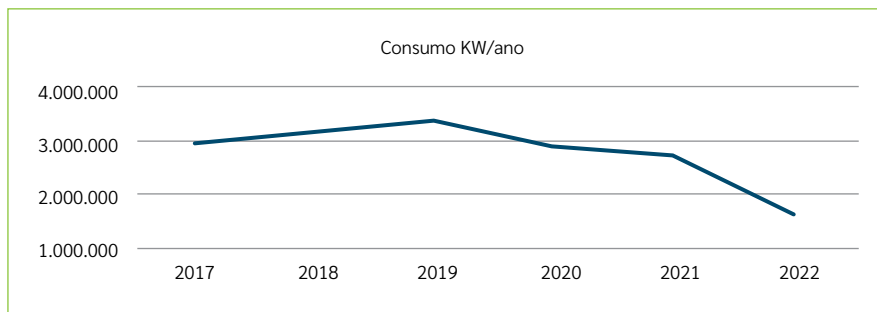
Fonte: elaboração do autor.

Pela Tabela 1, é possível verificar que o consumo total de energia elétrica do hospital vem diminuindo, porém ainda há uma sazonalidade, com aumento do consumo nos meses de primavera e verão. Mesmo sabendo que fortes ofensores dessas medidas são os

sistemas de refrigeração de ar, ações ainda podem ser planejadas para que os resultados sejam ainda mais positivos.

O Gráfico 1 constata a diminuição no consumo de energia elétrica anual.

Gráfico 1 – Variação do consumo de energia elétrica total anual do Hospital Américo Brasiliense no período de 2017 a 2022 (incompleto).



Fonte: elaboração do autor.

Apesar de os valores de consumo apresentarem queda a partir de 2019, é importante ponderar que 2022 só possui medidas até julho. Comparando-se o mesmo período (janeiro a julho) dos anos anteriores, chega-se ao resultado de 1.765.033 kW em 2020 e de 1.532.234 kW em 2021, contra 1.664.449 kW consumidos em 2022. Com isso, verifica-se que, na comparação de períodos iguais, houve uma economia de 5,70% entre 2020 e 2022, porém um aumento de 7,94% no consumo entre 2021 e 2022. Portanto, apesar do investimento realizado na implantação do projeto de eficiência energética, a conscientização dos consumidores é crucial para que os resultados sejam ainda mais eficientes.

DISCUSSÃO

Inúmeros benefícios podem ser destacados na composição do projeto de eficiência energética do Hospital Estadual Américo Brasiliense, com ganhos institucionais para o futuro. Por exemplo:

- Modernização de equipamentos de iluminação e motores: a ação torna o ambiente mais claro e reduz geração de calor pelas lâmpadas; apesar de não se tratar do serviço assistencial, considera-se uma renovação do parque tecnológico, pois certamente necessitará de menor manutenção nos próximos anos;
- Instalação de usina de geração de energia com potencial de ampliação: esse investimento é um marco

relevante, pois torna a unidade mais sustentável; há, ainda, a possibilidade de venda do excedente produzido, retornando os valores gastos na implantação na forma de recursos para a gestão pública;

- Redução do consumo de energia elétrica de fontes não renováveis e aumento do consumo de energia limpa e sustentável: trabalhar a gestão com uma visão de futuro possibilita fazer com que as ações de hoje melhorem a qualidade de vida das gerações que estão por vir, com um ar mais puro e impacto positivo direto na saúde pública;
- Redução de custos de consumo de energia elétrica: em um dado momento o consumo entrará em processo limiar de equilíbrio, tornando mais desafiadora a visualização de oportunidades de economia no consumo de energia elétrica; porém é preciso sempre considerar o quanto de economia está presente em cada ciclo de mensuração comparando-se com o cenário anterior, pois a economia anual certamente permitirá a destinação de recursos para áreas de maior relevância para a assistência direta ao paciente;
- Construção de legado para os envolvidos no projeto e usuários do hospital: a consciência de que ESG está em pauta fará os profissionais que passarem pela instituição levarem consigo a noção de que o projeto possui viabilidade econômica; além disso, produzirá uma grande onda de evolução na forma como temáticas dessa natureza são tratadas.

CONCLUSÃO

A implementação do projeto trouxe benefícios mensuráveis e diretos, evidenciados pelos dados de consumo e pelo controle operacional dos processos. Após

a implantação das medidas de redução do consumo de energia elétrica, a economicidade identificada é progressiva a cada ano, chegando a 20% em 2022 em comparação com as medições iniciais.

REFERÊNCIAS

1. Gillan SL, Koch A, Starks LT. Firms and Social Responsibility: A Review of ESG and CSR Research in Corporate. J Corp Finance [Internet]. 2021 [Cited 2022 Sep 14];66:101889. <https://doi.org/10.1016/j.jcorpfin.2021.101889>.
2. Chen Z, Xie G. ESG disclosure and financial performance: Moderating role of ESG investors. IRFA [Internet]. 2022 [Cited 2022 Sep 14];83:102291. <https://doi.org/10.1016/j.irfa.2022.102291>.



Análise da qualidade de vida de pacientes portadores de artrite reumatoide por meio da aplicação do questionário SF12

Nathalia Silva Araújo^a, Taciana Maria Monteiro Aguiar^b, Jêbesson de Lima Silva^c, Sirleide Maria da Silva Correia^d, Ikla Fernanda Vieira Amorim^e, Vanessa Miranda Pereira Fausto^f, Emília Manuela Pinheiro Lima^g, Jorge Eduardo Acioly de Melo^h

^a Graduação em Enfermagem pelo Centro de Estudos Superiores de Maceió (Cesmac); especialização em Urgência e Emergência/UTI pelo Centro Universitário Tiradentes (Unit); mestrado em Saúde pelo Cesmac; enfermeira no Hospital Unimed Maceió; Maceió/AL.

^b Graduação em Enfermagem pelo Centro de Estudos Superiores de Maceió (Cesmac); especialização em Onco-hematologia pelas Faculdades Integradas de Patos (FIP); enfermeira no Hospital Unimed Maceió; Maceió/AL.

^c Graduação em Enfermagem pelo Centro Universitário Tiradentes (Unit); especialização em Onco-hematologia e Enfermagem Obstétrica pelo Centro de Formação, Pós-graduação e Pesquisa em Saúde (Cefapp); especialização em Urgência e Emergência pela Faculdade CGESP; enfermeiro no Hospital Unimed Maceió; Maceió/AL.

^d Graduação em Enfermagem pela Faculdade Seune; especialização em Urgência e Emergência/UTI e em Onco-hematologia pelo Centro de Ensino e Pesquisa em Emergências Médicas (Cepem); enfermeira no Hospital Unimed Maceió; Maceió/AL.

^e Graduação em Enfermagem pelo Centro Universitário Tiradentes (Unit); especialização em Onco-hematologia pelo Cepem; enfermeira no Hospital Unimed Maceió; Maceió/AL.

^f Graduação em Medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG); residência em Clínica Médica pelo Hospital Santa Marcelina; residência em Reumatologia pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp); médica reumatologista no Hospital Unimed Maceió; Maceió/AL.

^g Graduação em Farmácia pela Universidade Federal de Alagoas (Ufal); especialização em Farmácia Hospitalar pela Ufal; especialização em Farmácia Clínica pelo Instituto Brasileiro de Pós-Graduação e Extensão (IBPEX); farmacêutica no Hospital Unimed Maceió; Maceió/AL.

^h Graduação em Enfermagem pelo Centro de Estudos Superiores de Maceió (Cesmac); MBA em Saúde pela Fundação Getúlio Vargas (FGV); gerente assistencial no Hospital Unimed Maceió; Maceió/AL.

Resumo

Este estudo teve o objetivo de analisar a qualidade de vida de pacientes com artrite reumatoide atendidos em um centro de terapia assistida no município de Maceió, Alagoas. Para tanto, foi aplicada a versão curta do questionário de avaliação multidimensional de qualidade de vida *Medical Outcome Study* (SF36), intitulada SF12 e que mensura a capacidade física e a capacidade mental do paciente. A partir dos critérios estabelecidos, foram selecionados 80 pacientes, sendo 65 do sexo feminino e oito do sexo masculino. Sete pacientes não aceitaram a participação ou não foram encontrados, resultando em adesão à pesquisa de 91,25% dos pacientes. As entrevistas foram realizadas presencialmente (40,54%) e por teleconsulta (59,46%), conforme legislação vigente. As respostas ao questionário SF12 foram estratificadas em dois parâmetros: boa qualidade de vida e má qualidade de vida. Dentre os respondentes, 82,2% receberam o escore de boa qualidade de vida. Os achados demonstraram a importância da aplicação do questionário e do acompanhamento multidisciplinar para a qualidade de vida e a adesão ao tratamento, o que reforça a necessidade de estratégias de gerenciamento para mensurar, acompanhar e engajar os pacientes no tratamento, por meio do cuidado humanizado e de planos de cuidado individualizados.

Palavras-chave: Artrite reumatoide; Qualidade de vida; Teleconsulta, Adesão ao tratamento.

INTRODUÇÃO

A artrite reumatoide (AR) é uma doença inflamatória crônica e imunossupressora que faz com que o sistema imunológico do organismo possa atacar órgãos e tecidos que envolvem as articulações. Sua etiologia é desconhecida, porém se sugere que fatores ambientais e genéticos, assim como infecções virais e bacterianas contribuam para o aparecimento da doença. Sua incidência é maior em mulheres do que em homens e aumenta com a idade^{1,2}. Exames laboratoriais evidenciam a presença de fator reumatoide e exames radiográficos, erosões e/ou osteopenia periarticular nas articulações das mãos e dos punhos^{3,4}.

A inflamação leva à destruição e à fadiga das articulações e prejudica o funcionamento físico, ocasionando diminuição da produtividade no trabalho e em atividades da vida diária e comprometendo o bem-estar geral. Por causarem desconforto crônico e limitações físicas, os sintomas dificultam a realização de tarefas e aumentam o grau de dependência do paciente⁵. Como

consequência, pode haver impacto negativo nas relações com amigos e familiares e na saúde mental⁶.

Assim, a AR tem um impacto expressivo na qualidade de vida, especialmente a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS), a qual é prejudicada em todos os aspectos por essa doença. Embora a QVRS melhore com o tratamento inicial, vai declinando com o decorrer da doença e com as morbidades⁷.

Diante do exposto, este estudo buscou evidenciar o impacto da AR na qualidade de vida, demonstrando, por meio de dados epidemiológicos e de resultados de aplicação do questionário de QVRS, os aspectos físico, emocional, social e de bem-estar do paciente⁸. Essa ferramenta possibilita o gerenciamento da linha de cuidado assistencial do paciente com AR, além de poder auxiliar na avaliação da efetividade terapêutica.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo descritivo explicativo de uma amostra de pacientes com AR, com idade entre 18 e

80 anos, atendidos em um centro de aplicação ambulatorial na cidade de Maceió, Alagoas, no ano de 2021. Os pacientes incluídos respeitavam os critérios de classificação do *American College of Rheumatology* (ACR) e da Liga Europeia Contra o Reumatismo (Eular) para AR⁹. Foram excluídos do estudo os pacientes com diagnóstico de espondiloartrites e artrite juvenil.

Com bases nesses critérios, foram selecionados 80 pacientes. Houve participação efetiva de 65 pacientes do sexo feminino e oito pacientes do sexo masculino, representando uma adesão de 91,25% à avaliação. Os outros sete pacientes selecionados (8,75%) não puderam ser contatados por qualquer dos meios descritos mais abaixo, seja por ausência de informações de contato, seja por abandono do tratamento.

O instrumento de aplicação foi a versão curta do questionário *Medical Outcome Study* (SF36), denominada *Short Form 12 Health Survey Scales* (SF12). O SF36 é um instrumento de avaliação da qualidade de vida multidimensional desenvolvido em 1992 por Ware e Sherbourne e validado no Brasil por Ciconelli et al¹⁰. Já o SF12 foi desenvolvido em 1994 pelos mesmos autores e permite a mensuração da capacidade física (*Physical Component Summary* ou PCS) e da capacidade mental (*Mental Component Summary* ou MCS)^{11,12}.

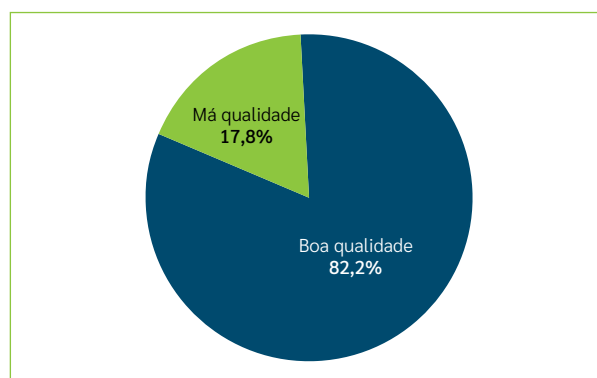
O questionário foi respondido de maneira pessoal e particular na sala de aplicação, no leito (quando o paciente estivesse em infusão no dia agendado) ou por telefone pela enfermeira navegadora; 40,54% dos pacientes responderam à avaliação presencialmente e 59,46%, por teleconsulta (conforme a legislação vigente). O estudo teve aprovação institucional e todos os respondentes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido.

Após o levantamento dos registros de dados socio-demográficos em prontuário eletrônico, foi realizada análise estatística para verificar a associação entre as diversas variáveis biológicas e sociodemográficas, o grau de deficiência e a QVRS.

RESULTADOS

Com relação à percepção da qualidade de vida relatada pelos pacientes entrevistados, observou-se maior prevalência de pacientes que identificavam boa qualidade de vida, conforme visualizado no Gráfico 1.

Gráfico 1 – Percepção da qualidade de vida pelos pacientes com artrite reumatoide entrevistados via formulário SF12.



Fonte: Elaboração dos autores.

Na análise das respostas ao questionário SF12, foram estratificados no escore apenas dois parâmetros: boa qualidade de vida e má qualidade de vida. Dos pacientes avaliados com má qualidade de vida, foi evidenciado que o aspecto emocional foi mais relevante do que a capacidade física. Nesse grupo de pacientes, 69,23% não realizavam acompanhamento psicológico.

Destaca-se que, no período da pandemia de covid-19, a instituição em estudo implantou a teleconsulta de enfermagem, ferramenta importante para captação de pacientes com AR e gerenciamento do escore SF12. Com a busca ativa realizada por meio de teleconsulta, foi possível resgatar dois pacientes que haviam abandonado o tratamento, porém ambos não quiseram participar da pesquisa.

Para os pacientes com escore de má qualidade de vida, foi criado um plano de cuidado, associado ao encaminhamento para o serviço de psicologia em até 30 dias – no caso de o atendimento psicológico

não ser realizado, uma nova busca ativa foi feita. Foi definido um prazo de 30 dias para o retorno de reavaliação dos pacientes com escore de má qualidade de vida e de 60 dias daqueles com escore de boa qualidade de vida.

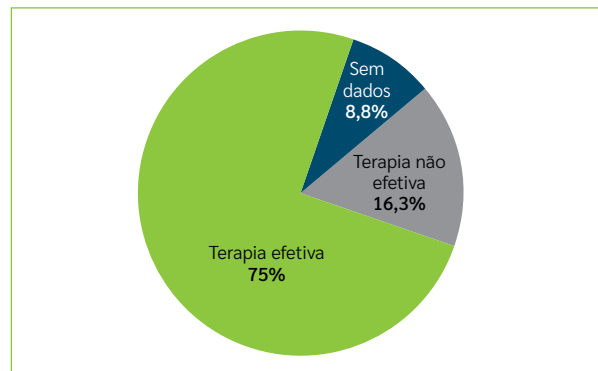
Após a primeira análise, observou-se que a efetividade não depende apenas da adesão ao tratamento medicamentoso estabelecido, mas também de um conjunto de medidas, como escore na avaliação de artrite reumatoide *Disease Activity Score 28* (DAS 28), resultados do questionário SF12 e avaliação pela escala analógica de dor.

Para melhorar a experiência do paciente e influenciar positivamente sua qualidade de vida, alguns pontos são pilares da gestão do serviço de terapia assistida, tais como: o armazenamento seguro dos medicamentos; a validação e a qualificação dos fornecedores; a administração medicamentosa na posologia correta; o consentimento livre e esclarecido por escrito; o envolvimento do paciente no momento da administração do medicamento; o acompanhamento da qualidade da vida dos pacientes; a consulta de enfermagem; a avaliação e o acompanhamento integral pela equipe multidisciplinar desde a admissão; e o acompanhamento subsequente ao término do tratamento.

Os pontos descritos acima são prioritários nos processos da instituição para que todas as necessidades do paciente sejam atendidas, valorizando-o como usuário e prezando pela dignidade de tratamento enquanto ser humano.

Avaliou-se a efetividade terapêutica por meio da aplicação do SF12. Dos pacientes entrevistados, todos aderiram ao protocolo do tratamento ambulatorial. A efetividade terapêutica foi verificada em 75%, dos pacientes avaliados. Para os outros 16,3% o tratamento não era efetivo devido à progressão da doença.

Gráfico 2 – Percepção da efetividade terapêutica pelo paciente diagnosticado com artrite reumatoide.



Fonte: Elaboração dos autores.

DISCUSSÃO

Os resultados encontrados demonstram a importância da consulta de enfermagem, presencial ou na forma de teleconsulta. Faz-se necessário ressaltar que a prática da teleconsulta requer qualificação e interação das partes envolvidas – enfermeiro e paciente –, indo além das questões de infraestrutura e conectividade. Enfatiza-se a importância do raciocínio clínico e da capacidade de tomada de decisão, relacionados à Prática Avançada de Enfermagem (PAE)¹³.

Encontrou-se baixa porcentagem de abandono do tratamento, pois, por ser uma doença crônica, com alto potencial de dor e incapacitante, o paciente entende a importância do seguimento terapêutico e, por isso, adota uma atitude positiva e participativa em relação tanto ao programa de tratamento quanto a um estilo de vida compatível com suas limitações.

Prevaleceu a boa qualidade de vida quando associada ao fator físico, enquanto a má qualidade de vida foi relacionada ao aspecto emocional. Em comparação com outros estudos, a má qualidade da condição física foi mais relacionada ao aspecto emocional, o que

pode ser explicado pelo perfil da amostra, predominantemente feminina^{14, 15, 16}.

Os resultados do DAS-28, instrumento que avalia a atividade da artrite reumatoide, mostraram que os pacientes em estudo obtiveram uma média correspondente à atividade baixa da doença. Tal fato pode ser explicado pela boa aceitação dos médicos especialistas e pelo não abandono do tratamento por parte dos pacientes. Isso é evidenciado pelo baixo índice de absenteísmo, contribuindo para a efetividade terapêutica e para a satisfação do paciente com a terapia, bem como para sua boa condição psicológica, todos importantes fatores prognósticos^{17, 18}.

O estudo demonstra a importância da administração medicamentosa em um centro de terapia assistida com profissionais capacitados e habilitados, que componham uma equipe multidisciplinar comprometida e engajada com a gestão do cuidado e a experiência do paciente, além de contar com infraestrutura adequada

em conformidade com a legislação. O conjunto de ações contribui mais para a segurança na assistência prestada, em comparação com a aplicação domiciliar de medicamentos. Como desfecho, foram evidenciados baixos índices de abandono do tratamento e de progressão de doença.

CONCLUSÕES

Os achados demonstram a importância da aplicação do questionário SF12 e do acompanhamento multidisciplinar para a adesão ao tratamento e para a qualidade de vida dos pacientes com artrite reumatoide. Isso reforça a necessidade de estratégias para captar e acompanhar os pacientes em tratamento a fim de garantir uma boa adesão terapêutica, uma melhor qualidade de vida e mais segurança na assistência prestada com a redução do abandono do tratamento.

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Reumatologia. Artrite Reumatoide. [Internet] 17 Oct 2022 [Cited 2023 Feb 10]. Available from: <https://www.reumatologia.org.br/doencas-reumaticas/artrite-reumatoide>.
2. Angelotti F. et al. One year in review 2017: pathogenesis of rheumatoid arthritis. Clin Exp Rheumatol [Internet]. May-Jun 2017 [Cited 2023 Feb. 10];35(3):368-378. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28631608/>.
3. Wibeling LM. Fisioterapia em Reumatologia. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2014. 359 p.
4. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria Conjunta nº 16, de 3 de setembro de 2021. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Artrite Reumatoide e da Atrite Idiopática Infantil. Diário Oficial da União [Internet]. 10 Sep 2021 [Cited 2023 Feb 10];172(Sec 1):107. Available from: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/portaria/2021/20210910_portaria_conjunta_16.pdf.
5. Nagayoshi BA, Lourenção LG, Kobayase YNS, Paula PMS, Miyazaki MCOS. Rheumatoid arthritis: profile of patients and burden of caregivers. Rev Bras Geriatr Gerontol [Internet]. Jan-Feb 2018 [Cited 2023 Feb 10];21(1):44-52. <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.170103>.
6. Taylor PC, Moore A, Vasilescu R, Alvir J, Tarallo MA. Structured literature review of the burden of illness and unmet needs in patients with rheumatoid arthritis: a current perspective. Rheumatol Int [Internet]. 2016 [Cited 2023 Feb 10];36(5):685-695. <https://doi.org/10.1007/s00296-015-3415-x>.
7. Küçükdeveci AA, Oral A, Ilieva EM, Varela E, Valero R, Berteanu M et al. Inflammatory arthritis. The role of physical and rehabilitation medicine physicians. Eur J Phys Rehabil Med [Internet]. Aug 2013 [Cited 2023 Feb 10];49(4):551-64. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24084414/>.
8. Prior JA, Jordan KP, Kadam UT. Variations in patient-reported physical health between cardiac and musculoskeletal diseases: systematic review and meta-analysis of population-based studies. Health Qual Life Outcomes [Internet]. 30 May 2015 [Cited 2023 Feb 10];13(1):71. <https://doi.org/10.1186/s12955-015-0265-x>.

9. Aletaha D, Neogi T, Silman A, Funovits J, Felson D, Bingham C et al. The 2010 American College of Rheumatology / European League Against Rheumatism Classification Criteria for Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Rheum*. 2010. Manuscript ID: ar-10-0085. R1.
10. Ware JE, Kosinski M, Keller SK. SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual. Boston: The Health Institute, New England Medical Center; 1994.
11. Ware JE, Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey: Construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care* [Internet]. 1996 [Cited 2023 Feb 10];34(3):220-233. <https://doi.org/10.1097/00005650-199603000-00003>.
12. Ware JE, Kosinski M, Keller SD. SF-12: How to Score the SF-12 Physical and Mental Health Summary Scales. 2nd Edition. Boston: The Health Institute, New England Medical Center; 1995.
13. International Council of Nurses. Guidelines on advanced practice nursing [Internet]. Helsinki: ICN; 2020 [Cited 2022 Nov 22]. Available from: https://www.icn.ch/system/files/documents/202004/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf.
14. Roma I, Almeida ML, Mansano NS, Viani GA, Assis MR, Barbosa PMK. Qualidade de vida de pacientes adultos e idosos com artrite reumatoide. *Rev Bras Reumatol* [Internet]. 2014 [Cited 2023 Feb 10];54(4):279-286. <https://doi.org/10.1016/j.rbr.2014.03.025>.
15. Campos APR, Silva CM, Castro SS, Graminha CV. Depressão e qualidade de vida em indivíduos com artrite reumatoide e indivíduos com saúde estável: um estudo comparativo. *Fisioter Pesqui* [Internet]. Dec 2013 [Cited 2023 Feb 10];20(4):401-407. <https://doi.org/10.1590/S1809-29502013000400016>.
16. Rodrigues AP, Rodrigues WP, Nogueira TBSS, Souza WJ, Sousa MNA. Qualidade de vida em pacientes portadores de doenças reumáticas. *Rev Bra Edu Saúde* [Internet]. Jan-Mar 2019 [Cited 2023 Feb 10];9(1):06-13. Available from: <https://www.gvaa.com.br/revista/index.php/REBES/article/view/6331>.
17. Mathias SD, Berry P, Pascoe K, Vries J, Askanase AD, Colwell HH et al. Treatment Satisfaction in Systemic Lupus Erythematosus. *J Clin Rheumatol* [Internet]. Mar 2017 [Cited 2023 Feb 10];23(2):94-101. <https://doi.org/10.1097/RHU.0000000000000495>.
18. Kuusalo L, Puolakka K, Kautiainen H, Karjalainen A, Malmi T, Yli-Kerttula T et al. Patient-reported outcomes as predictors of remission in early rheumatoid arthritis patients treated with tight control treat-to-target approach. *Rheumatol Int* [Internet]. 13 Mar 2017 [Cited 2023 Feb 10];37(5):825-830. <https://doi.org/10.1007/s00296-017-3692-7>.

A experiência do paciente no tratamento oncológico como diferencial competitivo na cultura organizacional

Celso Abrahão^a

Resumo

Este artigo objetivou relatar como uma instituição tem buscado a melhoria constante da experiência de seus pacientes oncológicos. A partir do reconhecimento de que a experiência do paciente é fruto das percepções que eles têm durante a jornada do tratamento e está diretamente associada à qualidade, à segurança, à eficiência e à prestação de serviços em geral e ao desfecho clínico, o Grupo Carinho, composto por clínicas oncológicas no Vale do Paraíba e no Litoral Norte do estado de São Paulo, partiu das premissas de que o câncer: não é um problema apenas do paciente, mas também da família, das equipes assistenciais e administrativas, das instituições de saúde e das fontes pagadoras; não é o único problema do paciente; modifica, juntamente com o tratamento, a vida das pessoas. Então, houve um aprendizado para diferenciar o fato das narrativas (do médico, do convênio, do paciente), de forma a gerar mais empatia nas linhas de cuidado. Por fim, identificou personas a fim de sistematizar serviços específicos, tais como apoio psicológico e logístico a pacientes

^a Graduação em Medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); residência médica em Cirurgia Oncológica pelo Hospital A.C. Camargo; especialização em Cirurgia Geral pelo Colégio Brasileiro de Cirurgiões (CBC); diretor clínico no Instituto de Cirurgia e Oncologia (INCON); diretor técnico no Centro de Oncologia Especializada (COE); CEO do Grupo Carinho – Clínicas Oncológicas; São José dos Campos/SP.

e familiares, que atendam às demandas subjetivas dos pacientes. As ações foram definidas com base em valores tanto tangíveis como intangíveis, e organizadas por um novo Núcleo de Segurança e Qualidade. Além da melhoria de qualidade, corroborada pela acreditação plena obtida em 2021, a instituição tem conseguido proporcionar a melhor experiência de paciente possível.

Palavras-chave: Qualidade em saúde; Experiência do paciente; Oncologia; Linhas de cuidado.

INTRODUÇÃO

Muitos são os desafios a serem enfrentados e os obstáculos a serem transpostos quando nos empenhamos em construir uma jornada de tratamento oncológico segura que também esteja alinhada à perspectiva de oferecer uma boa experiência aos pacientes e seus familiares.

A **experiência do paciente**, fruto da reação gerada pela percepção dos pacientes em relação aos profissionais e às organizações de saúde durante a jornada do tratamento, está diretamente associada à qualidade, à segurança, à eficiência e à prestação de serviços em geral e ao desfecho clínico, resultado que pode ser positivo ou negativo¹. Dependente de tantos e tão distintos fatores, nem sempre é simples garantir uma boa experiência ao paciente e a seus familiares. De forma lúdica, podemos exemplificar com um diálogo de um famoso seriado de TV em que um pai, ao chegar ao hospital onde sua filha passou por cirurgia de urgência, pergunta à esposa “Quem é aquele médico que vem em nossa direção?”, e a esposa prontamente responde “É o idiota que salvou nossa filha!”. Nesse exemplo fictício, a paciente obteve um bom desfecho clínico, porém a experiência foi decepcionante para a família, produto de um mau relacionamento com o médico.

Em serviços de oncologia, o desafio de proporcionar uma boa experiência é ainda maior, pois isso está diretamente relacionado aos três desfechos clínicos que

pacientes em tratamentos contra o câncer enfrentam: cura, controle e morte.

O objetivo deste relato de caso foi descrever como a busca constante para oferecer segurança, qualidade e boa experiência a pacientes oncológicos em suas jornadas de tratamento, independentemente do desfecho clínico, contribuiu para a criação de uma consistente cultura organizacional e um eficiente modelo de gestão, os quais foram decisivos no crescimento, nas conquistas e reconhecimento do Grupo Carinho, sediado em São José dos Campos, no estado de São Paulo, e que abrange o Instituto de Cirurgia e Oncologia (INCON) e o Centro de Oncologia Especializada (COE). A instituição tem como propósito ajudar os pacientes a realizarem suas jornadas de tratamento oncológico por meio de uma boa experiência, a despeito do desfecho clínico a ser alcançado.

As experiências aqui relatadas fazem parte da história do Grupo Carinho – Clínicas Oncológicas, com abrangência no Vale do Paraíba e no Litoral Norte do estado de São Paulo.

Além da construção de minuciosas linhas de cuidado para cada patologia, dos investimentos em ferramentas tecnológicas, dos constantes treinamentos técnicos das equipes assistencial e administrativa e dos serviços de navegação, a instituição dedica-se a informar, sensibilizar e sedimentar em todos os colaboradores e *stakeholders* mais próximos alguns conceitos que considera fundamentais para o sucesso de seu projeto:

a) O câncer não é um problema pessoal/individual.

Ele é um problema também da família, dos amigos, das equipes assistenciais e administrativas, das instituições de saúde e das fontes pagadoras, como o Sistema Único de Saúde (SUS), as operadoras de planos de saúde e o próprio paciente.

b) O câncer não é o único problema de quem o possui.

Ao câncer, soma-se uma infinidade de antigos problemas não solucionados e uma série de novos a serem enfrentados; unidos, esses problemas começam a orbitar incessantemente o paciente e sua família. Para citar alguns: limitações financeiras; dificuldades logísticas (indisponibilidade de cuidadores, por exemplo); crises afetivas e existenciais; relacionamentos mal resolvidos; fé colocada em xeque; sentimento de culpa em relação ao passado e desesperança no futuro. Toda essa miscelânea de pensamentos, dúvidas e angústias frequentemente gera uma série de circunstâncias deletérias para o estado físico e psíquico de todos, inclusive das equipes profissionais.

c) O câncer e o tratamento oncológico, inexoravelmente, modificam a vida das pessoas.

Ninguém permanece ileso após vivenciar um câncer e seu tratamento, e isso acontece também com todos os profissionais que direta ou indiretamente ajudam o paciente a enfrentá-los. Por esse motivo, o ambiente de trabalho acaba se tornando uma excelente oportunidade de transformação e crescimento.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Ao considerarmos o câncer um problema coletivo, recorreremos ao professor William Ury, da Universidade Harvard, que afirma que “não existem soluções individuais para problemas coletivos”². Esta é uma constatação inequívoca em nossas práticas diárias, em todas as esferas. Quanto à linha de cuidado, não há como construí-la sem a conscientização e o engajamento de uma grande série de parceiros. Não basta reunir

pessoas talentosas, capazes e bem-intencionadas para essa empreitada.

A união de esforços é fundamental, mas não é tarefa fácil de se conseguir. Uma das explicações para essa dificuldade de engajar pessoas e racionalizar esforços é dada pelo pensador israelense Yuval Noah Harari, que afirma que “os humanos pensam em forma de narrativas e não de fatos, números ou equações e, quanto mais simples a narrativa, melhor!”³.

Adicionar o pensamento de que “eu sou eu e minhas circunstâncias!”⁴, do filósofo espanhol José Ortega y Gasset, torna o desafio ainda mais complexo, demonstrando suas relações com as práticas diárias.

FATO x NARRATIVAS x CIRCUNSTÂNCIAS

FATO: L.C.B., sexo feminino, 35 anos, casada há sete anos, nuligesta em tratamento de fertilização com seis embriões congelados. Diagnóstico recente de câncer na mama esquerda com diâmetro de 4,5 centímetros.

NARRATIVA MÉDICA: carcinoma ductal invasivo com expressão de receptores de estrogênio e receptores de progesterona, HER2neu positivo 3+, com envolvimento de linfonodo axilar ; pré-menopausa. Convênio ainda não liberou guia para duplo bloqueio neoadjuvante.

NARRATIVA DO CONVÊNIO: Esse tratamento é muito caro! Tem evidências? Está previsto em contrato? Está no rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)? Tem DUT (diretriz de utilização)? Há uma alternativa? Necessário solicitar relatório completo e detalhado do médico.

NARRATIVA DO PACIENTE: O que será que fiz para Deus para merecer tamanho castigo? Dessa vez meu marido me abandona. Primeiro não lhe dei um filho e agora apareço com um câncer!

Baseado em um caso real, esse exemplo ilustra as difíceis situações na jornada dos pacientes oncológicos,

oriundas de diferentes narrativas e distintas necessidades perante um mesmo fato. Se não tivermos capacidade de prevêê-las ou resolvê-las em tempo hábil, transformam-se em gargalos que atrasam e comprometem os resultados e modificam os desfechos clínicos. A existência de um canal de diálogo por meio do qual se discutam “necessidades”, e não “posições”, entre todos os participantes poderá, com certeza, alcançar a eficiência e a agilidade desses processos, com grande chance de gerar uma boa experiência a todos.

A elaboração de linhas de cuidado bem delineadas e gerenciadas visa a garantir que a jornada de tratamento seja um processo seguro, ágil e harmonioso, mas não está diretamente relacionada à entrega de uma boa experiência. Não há um modelo-padrão a ser seguido, mas queremos, aqui, demonstrar as soluções que buscamos para preparar os alicerces de uma obra que consideramos grande e complexa, pois a “boa experiência” deve contemplar não só pacientes e familiares, mas todos os *stakeholders*.

O primeiro passo foi buscar conhecimento. Entre as diversas fontes que procuramos, é importante ressaltar cursos de pós-graduação em Gestão em Saúde na composição de bases para uma sólida construção de nossos projetos, assim como curso na área de entretenimento e turismo com abordagem sobre encantamento de clientes/pacientes.

Inquietos com todos esses conhecimentos adquiridos, devemos sempre buscar uma melhor opção de tratativa para pacientes ou familiares em casos específicos. Por exemplo: o que o hospital onde você trabalha faz por uma criança de 6 anos que não pode visitar o pai internado há dez dias na unidade de terapia intensiva (UTI)?

Esse relato provocador e inspirador muito contribuiu para percebermos o quanto podemos e devemos fazer por nossos pacientes e seus familiares para que tenham a melhor experiência possível em seus tratamentos. Aprendemos que precisamos oferecer muito

mais que modernos protocolos de tratamento, equipe gentil e acomodações confortáveis.

PESSOAS E PERSONAS

Como relatamos anteriormente, pessoas em tratamento oncológico possuem inúmeras e distintas necessidades. Poderíamos, então, tentar delinear padrões de pessoas de acordo com as doenças e necessidades em comum? A partir dessa linha de raciocínio, começamos a identificar pessoas, que são os indivíduos que atendemos, e personas, que caracterizam tipos de pacientes de acordo com suas características e demandas.

Câncer de Mama – persona 1

Há cerca de 25 anos, fato comum em nossos consultórios era receber pacientes na faixa etária de 60 a 65 anos portadoras de câncer de mama sempre acompanhadas de uma filha ou um filho de 35 a 40 anos, que ajudava muito na compreensão do diagnóstico e das propostas terapêuticas oferecidas.

Atualmente, deparamo-nos com situação muito diferente e cada vez mais rotineira: recebermos mulheres de 30 a 35 anos com câncer de mama acompanhadas de filhos de 5 a 6 anos, aos quais se abre de maneira repentina um cenário triste e angustiante: a doença da mamãe! São situações extremamente delicadas e que exigem de toda a equipe assistencial e administrativa uma especial atenção, o que nos impulsiona a oferecer a essas pacientes e, principalmente, a essas crianças, uma boa experiência durante todas as fases do tratamento, inclusive perante os possíveis desfechos clínicos.

Com grande envolvimento do serviço de Psicologia, levamos a essas crianças, de maneira simples e suave, explicações sobre o diagnóstico, o tratamento, os efeitos colaterais (náuseas, vômitos, queda de cabelo) e as alterações físicas e de humor que possam acometer as pacientes. Além disso, lhes apresentamos a sala de infusão de quimioterapia e outras dependências da clínica.

Há um trabalho especial em relação aos medos normalmente desenvolvidos pelas crianças e pelas pacientes. Nos casos que tendem a evoluir de forma desfavorável, oferecemos um trabalho especial de preparo para o luto.

Câncer de mama – persona 2

O câncer de mama pode estar relacionado com hábitos de vida pouco saudáveis, como excesso de peso, sedentarismo, tabagismo, ingestão de bebidas alcoólicas e alimentação rica em gordura animal e pobre em fibras. É relativamente alta a incidência de pacientes com essas características, principalmente as jovens. O Núcleo de Medicina Integrativa, junto ao Serviço de Nutrição, dispensa especial atenção a essas pacientes, encorajando-as e ajudando-as a mudarem seus hábitos de vida, diminuindo as chances de recidiva da doença ou aparecimento de novos tumores.

Além dessas ações, disponibilizamos graciosamente a todos os pacientes uma literatura na área de nutrição que auxilia nas dietas para emagrecimento e disponibiliza receitas especiais que visam a minimizar sintomas como náuseas, vômitos, diarreia e mucosite, entre outros.

Câncer de próstata – persona

Muito frequentes entre portadores de câncer de próstata são os pacientes entre 70 e 80 anos que têm uma vida solitária. Invariavelmente, além do tratamento oncológico, fazem uso de inúmeras outras medicações para hipertensão arterial, diabetes, dislipidemia etc. São pacientes que necessitam de uma atenção especial e até mesmo de um certo grau de vigilância, pois regularmente omitem sintomas e fatos, não fazem uso das medicações de forma adequada (até mesmo por dificuldade de adquiri-las), tendem a ser depressivos e, se não têm ideação suicida, apresentam constante ideação de morte, que pode se agravar ou se concretizar ao não cumprirem as recomendações médicas, nutricionais e psicológicas como deveriam.

O ambulatório de Cuidados Paliativos Precoces, com a atenção dispensada pela equipe médica e multidisciplinar de cuidados paliativos muito antes da clássica abordagem na fase final, tem melhorado muito a qualidade de vida desses pacientes, minimizando sintomas, evitando complicações e diminuindo internações e idas ao pronto-socorro.

AÇÕES E DIFERENCIAIS COM FOCO NO PACIENTE

Ao construirmos nossas linhas de cuidado, recorremos a uma série de valores que devem ser gerados ao longo da jornada do paciente. Eles se dividem em dois grupos básicos:

- **Valores tangíveis:** relacionados ao profissionalismo da equipe assistencial e administrativa, à eficiência dos protocolos, à agilidade dos processos, à qualidade dos insumos, à hotelaria e ao preço justo.
- **Valores intangíveis:** empatia, gentileza, propósito, acolhimento, antecipação.

A prática diária demonstra que, ao oferecermos em nossos atendimentos os valores tangíveis, comumente atingimos as expectativas de nossos pacientes e seus familiares e registramos bons índices de satisfação.

Porém, quando adicionamos a nossos atendimentos e a todos os nossos processos tanto os valores tangíveis como os intangíveis, invariavelmente suplantamos as expectativas e causamos encantamento em pacientes e familiares, além de uma excelente sensação de bem-estar a toda a equipe.

A criação de um Núcleo de Segurança e Qualidade centralizou, organizou e potencializou a execução de tarefas para atingirmos nossos objetivos, trazendo todas as diretrizes para mitigar riscos aos pacientes, porém sem deixar de desenvolver empatia e sensibilidade às necessidades deles.

Dentre os inúmeros requisitos básicos que elencamos para construir linhas de cuidado que ofereçam boa

experiência aos pacientes, a cultura organizacional tem um papel de destaque na manutenção do projeto.

Identificamos um conjunto de valores considerados fundamentais para uma cultura consistente por nossa organização:

- Competência – o que não é correto nem completo é inseguro;
- Agilidade – nosso tempo não é o tempo de nossos pacientes;
- Respeito – irrestrito a todas as pessoas, pois o câncer não é preconceituoso, tampouco discriminador;
- Informação – se incorreta, gera mal-entendido e um previsível desfecho negativo;
- Notabilidade – o paciente é sempre o foco de todas as nossas atenções;
- Harmonia – elo maior entre pessoas, processos e tecnologia;
- Otimização – nada é tão bom que não possa ser melhorado.

E foram a partir desses valores fundamentais a uma cultura organizacional voltada ao paciente e a suas necessidades que se constituiu o acrônimo C.A.R.I.N.H.O, fundamentando nossas ações em empatia, propósito e transcendência por meio de um modelo de gestão baseado em ciência, eficiência e humanização. C.A.R.I.N.H.O® é hoje marca registrada no Instituto Nacional da Propriedade Industrial (INPI).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de tantas adversidades impostas pela pandemia de covid-19, planos e metas vêm sendo alcançados, com atualização de nossos conceitos e diretrizes em 2022. Com o forte propósito de inspirar pessoas a acreditar que saúde se faz com C.A.R.I.N.H.O, nos mantemos dedicados a constituir um grupo inovador dedicado à promoção da saúde de forma integral e humanizada, reconhecido nacionalmente por gerar valor à sociedade.

Reconhecemos que nossa maior entrega de valor é ajudar pessoas a viver melhor. Nesse processo de profissionalização, as avaliações são fundamentais em nossas correções, inspirações e direcionamentos na busca constante de melhorias, chegando à acreditação plena de Qualidade em setembro de 2021.

Vale ressaltar que, durante esse processo de criação, aprendemos que, para uma boa experiência do paciente oncológico em sua jornada, não existem modelos prontos, mas sim que devemos considerar as personas; nem sempre as respostas estão em livros de medicina e de gestão, portanto é preciso sentir as necessidades de todos os envolvidos; buscar as respostas nas pessoas e, portanto, conversar e se comunicar com todos profissionais e usuários em todos os níveis do serviço, individualizando-os o mais que puder e envolvendo-os nas tomadas de decisão; cuidar do ambiente de trabalho, pois ele se reflete no cuidado e na assistência; e, finalmente, estarmos sempre abertos a aprender, pois somos todos ignorantes em algum aspecto.

REFERÊNCIAS

1. Gusmão CRABD. A saúde baseada em valor e a metodologia ICHOM à luz da percepção dos *stakeholders* da cadeia da saúde [Doctoral thesis]. São Paulo: Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas; 2021.
2. Fisher R, Ury WL, Patton B. Como Chegar ao Sim: a negociação de acordos sem concessões. 2a. edição. Rio de Janeiro: Sextante; 2018.
3. Harari YN. 21 lições para o século 21. São Paulo: Companhia das Letras; 2018.
4. Ortega Y Gasset J. Meditaciones del Quijote [1914]. Julián Marías [ed.]. México: Cátedra-REI; 1987.



A importância da verificação do perfil comportamental das lideranças em instituições de saúde

Adriana Silveira Gomes Candido^a

Resumo

O estudo da relação entre o impacto da liderança na produtividade e na qualidade das instituições apresenta atualmente uma elevada centralidade em nível mundial. A análise dos aspectos relacionados com as vertentes pessoal, profissional e organizacional correspondem à representação de inúmeros fatores influenciadores, dignos de maior atenção e investigação. Este artigo, de caráter bibliográfico, teve como finalidade analisar aportes teóricos nacionais e internacionais sobre os contributos da liderança e da verificação do perfil comportamental dos colaboradores nas instituições de saúde. Reforçaram-se o papel da liderança nas organizações de saúde e a importância da elaboração de programas de desenvolvimento de liderança que, entre outros aspectos, compreendam o perfil comportamental de seus colaboradores e utilizem metodologias satisfatórias. Com isso, revelou-se a importância da concretização de métodos como o DISC, o mais utilizado nas instituições de saúde, para trabalhar com a liderança e contribuir para o desempenho organizacional, somando-se aos fatores de desempenho de produtividade. Dessa maneira, será possível trabalhar

^a Graduação em Enfermagem pela Universidade de Mogi das Cruzes (UMC); mestrado em Gerontologia Aplicada pela Universidade de Aveiro (Portugal); MBA em Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente pelo Instituto de Pós-Graduação e Graduação (IPOG); avaliadora do sistema de gestão e qualidade em saúde pelo Instituto Qualisa de Gestão (IQG); consultora de saúde e segurança no Axis Instituto; Nova Lima/MG.

o desenvolvimento dos colaboradores e dos líderes baseado na necessidade de cada indivíduo dentro do programa de desenvolvimento pessoal. Concluiu-se pela ênfase na capacidade da liderança como base para facilitar a compreensão e identificar melhorias desejáveis nas dimensões pessoal, profissional e institucional.

Palavras-chave: Perfil comportamental; Liderança; Alta performance; Instituição de saúde.

INTRODUÇÃO

A busca por modelos de gestão mais eficientes e eficazes tem incitado uma mudança de paradigma na área da saúde. A partir de uma dimensão com foco maior na humanização e menor na rentabilidade financeira, muitos especialistas têm procurado respostas em modelos diversos. Na atual realidade, quer nacional, quer mundial, a busca por eficácia, eficiência e produtividade nas instituições tem representado um dos grandes estímulos para a execução de novas e efetivas estratégias de gerenciamento que possibilitem resultados favoráveis. Nesse contexto, principalmente no panorama atual das instituições de saúde brasileiras, observa-se a urgência de uma maior atenção a essa vertente.

Em uma sociedade marcada pelo valor estratégico do conhecimento e da informação, as questões relativas à gestão tornam-se prementes, e as instituições de saúde marcam sua especificidade e sua legitimidade institucional. Nesse sentido, é de suma importância dedicar uma maior atenção ao estudo das questões relativas a sua gestão, não só enquanto mecanismo de serviço para um melhor funcionamento operacional, mas também enquanto novas problemáticas que interferem nas concepções humanas e organizacionais dessas instituições.

Os conceitos e práticas sobre lideranças em saúde estão em constante evolução, baseados em mudanças transformacionais positivas¹. Em muitos países desenvolvidos, têm-se verificado maiores esforços para aumentar a “capacidade de liderança” dos profissionais de saúde².

A busca por desenvolvimento institucional e aprimoramento profissional está diretamente relacionada com o investimento das lideranças e a maneira como elas são valorizadas e trabalhadas³. O treinamento de liderança no início da carreira ajuda a desenvolver um fluxo de líderes para o futuro, estabelecendo as bases para um maior desenvolvimento daqueles que podem optar por buscar oportunidades de liderança significativas mais tarde em sua carreira. Uma combinação de desenvolvimento de carreira no início, no meio e no final pode representar o treinamento ideal de líderes eficazes⁴.

A criação de estratégias para capacitar líderes é vista como um meio de melhorar a qualidade dos cuidados de saúde, mas esses esforços enfrentam desafios consideráveis na prática². E, apesar do crescente apoio à importância das práticas de desenvolvimento de liderança em todos os setores, pouco se sabe sobre o desenvolvimento de liderança nas organizações de saúde⁵.

Nesse sentido, este artigo, de caráter bibliográfico, teve como finalidade revisar aportes teóricos nacionais e internacionais sobre os contributos da liderança e da verificação do perfil comportamental dos colaboradores das instituições de saúde, a partir das habilidades que os líderes de saúde devem desenvolver e os conceitos ideais de desenvolvimento de liderança que devem adquirir para terem sucesso como líderes de saúde⁴.

Estudos têm apontado a necessidade de equipes interdisciplinares que colaborem, comuniquem e integrem os cuidados em todos os ambientes para melhorar a prestação de cuidados de saúde⁶. Mais programas de treinamento são necessários para tornar o

desenvolvimento da liderança amplamente acessível a um número maior de líderes potenciais de saúde⁴.

Esta introdução pretendeu enquadrar a problemática em estudo, de forma a apresentar a caracterização prévia do artigo, justificação do tema e de sua relevância e definição do objetivo que guiou este trabalho. De maneira a abarcar esta temática e as nuances que nela se alicerçam, o aporte teórico foi estabelecido por meio de uma revisão de literatura sobre a problemática em estudo a partir de recortes da literatura científica internacional e brasileira centrada no contexto em estudo. Assim, reuniu-se a produção de autores de referência que tiveram seus trabalhos publicados nos últimos anos em periódicos com arbitragem científica e com ênfase nos conceitos de liderança nas organizações de saúde, no perfil comportamental e a importância da concretização de métodos – como o *Dominance-Inducement-Submission-Compliance* (DISC) – para trabalhar com a liderança, contribuir para o desempenho organizacional e se somar aos fatores de desempenho de produtividade.

REFERENCIAL TEÓRICO

O papel da liderança em organizações de saúde

O papel da liderança em organizações de saúde tem sido cada vez mais discutido e estudado, pois se verifica uma maior amplitude de significados e de campos de atuação que vão mais longe do que a própria segurança do paciente⁷ e se estendem para além da prestação de cuidados de saúde do dia a dia⁸. Dessa maneira, reconhece-se que a liderança contemporânea no setor saúde é constituída por meio de diferentes estratégias de atendimento, múltiplas lógicas e diversos desafios⁹.

Entre os três principais indicadores de qualidade em uma instituição de saúde, estão os resultados

relacionados com saúde mental, eficácia e liderança¹⁰. É preciso obter uma compreensão mais profunda dos procedimentos que constituem a “espinha dorsal” da organização de saúde: a liderança¹¹.

Contudo, em meio aos conceitos e papéis da liderança nas instituições de saúde, há os desafios enfrentados. Fatores como atenção demasiada às hierarquias profissionais e gerenciais, por exemplo, restringem a capacidade de liderança dos participantes e, consequentemente, o exercício da liderança passa a se basear nas relações e nos mandatos gerenciais².

A liderança eficaz em hospitais é amplamente reconhecida como a chave para o desempenho organizacional. O desempenho clínico, financeiro e operacional está cada vez mais vinculado às práticas de liderança dos gestores hospitalares¹².

Tem sido observado um amplo reconhecimento de que a liderança eficaz, por parte dos profissionais de saúde, é essencial em ambientes de saúde de qualidade⁸. O principal fator subjacente a este resultado é o esforço para melhorar, de maneira sistêmica, a prestação de cuidados de saúde. A liderança eficaz, em unidades individuais, afeta diretamente a satisfação da equipe. Os funcionários estão interessados em gerentes que possam liderar de maneira positiva e encorajadora¹.

Entre as incumbências de um líder, estão o apoio à definição, estruturação, divisão e alocação de tarefas, bem como para fortalecer a liderança proativa e moldar a ênfase para a participação ativa dos funcionários⁹. Entre os preditores mais consistentes para uma mudança no curto e longo prazos, podem-se verificar o desempenho da liderança e a liderança participativa¹⁰.

A literatura tem revelado os desafios e as difíceis tarefas que a liderança das organizações de saúde enfrenta. No entanto, enfatiza a eficácia da melhoria do líder na saúde e a relevância da liderança transformacional e autêntica como um preditor dos resultados de qualidade em contextos de atenção à saúde¹¹. Os líderes

comprometidos fazem perguntas, resumem resultados, conversam, discordam e fornecem informações pertinentes e frequentes¹³.

As competências essenciais que os líderes de saúde devem desenvolver para garantir a qualidade e o crescimento das organizações não dependem da “perfeição” dos provedores. Suas características incluem o compromisso com a segurança, de maneira a tornar seus sistemas seguros, mas também com a responsabilidade do sistema, com uma cultura de trabalho que diminua a variabilidade com cuidados mais padronizados⁷ e respeite os recursos humanos. Ademais, a promoção de uma comunicação eficaz e de atitudes positivas potencializa um ambiente saudável para todos os colaboradores¹.

Assim, é importante compreender que os diferentes estilos de liderança apresentam também sua relevância para os ambientes de saúde, pois, ao enfrentarem dificuldades, podem elencar distintas formas de enfrentamento e elucidar como os desafios podem ser superados^{8,9}. O *feedback* sobre o desempenho e a gestão participativa podem ser dois preditores e complementos simples e eficazes para a constituição de instituições de saúde de sucesso¹⁰, a fim de conduzir um novo modelo de liderança orientado para a ação⁶.

Existem três áreas que devem ser trabalhadas enquanto competências essenciais nas instituições de saúde: (i) as competências do sistema de saúde e condições do ambiente, (ii) as competências organizacionais e (iii) as competências interpessoais¹⁴, pois as contribuições da boa gestão são percebidas na satisfação dos colaboradores e no clima institucional¹.

Apesar da escassez de investigações que explorem os comportamentos eficazes dos líderes¹³, estudos têm apontado que o grau de satisfação dos profissionais de saúde com seus cargos correlaciona-se com a redução na rotatividade de pessoal e o aumento da retenção de talentos nas instituições de saúde. Inclusive, quando a equipe está satisfeita com seu emprego, a satisfação

do paciente aumenta¹. Por outro lado, a má liderança resulta em resultados negativos⁸.

Nas organizações de saúde, as estruturas e normas institucionais estabelecidas que incentivam a escolha da liderança como algo a ser distribuído entre as organizações dificultam o processo de qualidade do serviço².

O segmento hospitalar possui grande dependência do capital humano e nas últimas décadas, cada vez mais, enfrenta grandes desafios no processo de desenvolvimento profissional e de liderança organizacional que se traduza capaz de conduzir a instituição rumo ao atendimento das crescentes necessidades de efetividade no cuidado, segurança e experiência do paciente, e ao mesmo tempo garantindo qualidade profissional a seus liderados³.

Estudo qualitativo realizado com enfermeiros no Reino Unido e publicado em 2012² mostrou que a maioria dos enfermeiros que receberam, de seus hospitais, responsabilidades formais de liderança, embora estivessem familiarizados com a teoria da liderança e pudessem oferecer relatos claros de boa liderança na prática, eram frequentemente limitados em sua capacidade de desempenhar seus papéis enquanto líderes².

A liderança eficaz tem sido descrita como um meio para alcançar até mesmo vantagens competitivas que englobam mudanças financeiras e aumento da concorrência. Esses resultados levaram muitos hospitais a se concentrarem na construção de competências de liderança para enfrentar com sucesso os desafios vivenciados¹².

Assim, a influência e o envolvimento da liderança geram melhorias na equipe de saúde e no funcionamento organizacional¹¹. Deve-se estar alerta para o que é preciso aprofundar na compreensão dos principais desafios contemporâneos impostos aos líderes de saúde em sua prática cotidiana e para o apoio de que precisam para dominar os dilemas que vivenciam⁹. É preciso dar a devida importância à orientação da estruturação

das percepções sobre o desenvolvimento da liderança e como as perspectivas orientam as decisões para o desenvolvimento de programas de desenvolvimento de liderança¹⁵.

Nesse contexto, importa reconhecer o perfil do líder, além do perfil dos colaboradores, da instituição⁸. A literatura sobre cultura organizacional nos cuidados de saúde aponta diversos aspectos cruciais, entre eles a ética da organização de cuidados de saúde, a importância de envolvimento particulares para aumentar a eficácia do líder nos cuidados de saúde e a melhoria da liderança nos cuidados de saúde¹¹.

Os líderes devem ver os problemas de segurança do paciente por uma ótica sistêmica. Diversas situações, como os erros médicos – incluindo acidentes e processos associados a eventos adversos – podem fornecer informações para a melhoria do sistema⁷. Considera-se que, para que a promoção da capacidade de liderança tenha o efeito transformacional que os formuladores de políticas desejam, pode ser necessário que ela seja acompanhada por outras mudanças mais amplas que atendam ao contexto institucional, organizacional, profissional e pessoal dos colaboradores².

Contributos da verificação do perfil comportamental

O investimento em recursos e atualização da gestão dos serviços de saúde tem sido uma realidade cada vez mais presente em nível nacional e internacional. A constatação dos benefícios de uma boa liderança tem possibilitado a implementação de novas práticas para facilitar e potenciar os processos assistenciais e financeiros e até mesmo a humanização do atendimento clínico e hospitalar¹⁶.

O desenvolvimento de líderes agrega valor à organização, além de se constituir em uma poderosa estratégia de retenção de talentos. Os programas de desenvolvimento de lideranças, assim como ferramentas adequadas para aferir seus resultados

se tornarão cada vez mais necessários para desenvolver, apoiar, incentivar e construir times de alta performance, com capacidade de conduzir o crescimento e aprimoramento destas organizações e de suas equipes³.

O papel da liderança nas organizações de saúde é também conhecer seus colaboradores, perceber seus perfis, saber quais são suas forças e quais são os comportamentos a serem melhorados, seja pelo conhecimento pessoal, seja pelo fornecimento dessas informações por meio de métodos específicos. Reconhecer a importância da verificação do perfil comportamental dos profissionais de saúde prende-se por compreender que cada função tem características e responsabilidades próprias e, por isso, deve ser exercida por colaboradores que tenham competências e características que possam atender tais características específicas¹⁷.

Ao fazerem parte de uma instituição, todos os membros são afetados pelas decisões e pelos comportamentos que nela são exibidos. De igual forma, todos os colaboradores têm responsabilidade por suas ações, em suas distintas áreas e no todo da gestão, e pelos resultados desta, em maior ou menor grau¹⁸. Assim, a compreensão do perfil comportamental de cada colaborador poderá assumir uma perspectiva de responsabilidade, de forma a ratificar o que precisa ser trabalhado coletivamente³, pois esse perfil desempenha influência não só nos indivíduos, mas nos setores, nos relacionamentos e comportamentos interpessoais e na produtividade¹⁷.

Na atualidade, existem várias abordagens para identificar e selecionar candidatos para uma organização. Estratégias de recrutamento atualizadas, avaliações comportamentais, planejamento de sucessão com foco na inovação e entrevistas baseadas no comportamento são algumas delas¹⁹. Estas mesmas estratégias também têm sido consideradas para a verificação de um novo modelo de liderança orientado para a ação, cujas bases são a consideração do perfil

comportamental, leituras não tradicionais e discussões *on-line*⁶.

Reforça-se a premissa de reconhecer as individualidades dos profissionais colaboradores, pois, ao perceber o indivíduo, suas competências, singularidades e características comportamentais, será mais simples e assertivo concluir o perfil técnico deles e definir os papéis que poderão exercer²⁰. É preciso pensar no desenvolvimento de líderes que sejam representativos da comunidade de pacientes atendida, propondo um modelo conceitual de compromisso com o desenvolvimento de liderança em organizações de saúde, influenciado por três fatores: estratégia, cultura e estrutura⁵.

As organizações de saúde devem avaliar seus líderes individualmente no intuito de promover qualidades de liderança transformacional. Entre as possibilidades, acredita-se que esta estratégia se refletirá diretamente na satisfação e retenção da equipe e na satisfação do paciente¹. Estratégias como a verificação do perfil comportamental serão especialmente importantes para os profissionais envolvidos no recrutamento dos recursos humanos e também para o autoconhecimento da própria liderança, como um auxílio para a definição e execução de estratégias de intervenção¹⁹, pois é

inevitável que o perfil comportamental influencie em setores, produtividades e relacionamentos e que a observância constante dos indivíduos no exercício de suas atribuições deva ser constantemente observada, pois com o passar do tempo, seu modo de reação pode modificar-se em decorrência de seu amadurecimento e suas histórias pessoais³.

Concentrar-se em estratégias inovadoras que abordem habilidades de liderança pode ter um efeito nas parcerias interdisciplinares, na transformação do atendimento ao paciente e em novos estilos de liderança para mudar os modelos e prática atuais⁶. A utilização da observância do perfil de cada profissional poderá trazer esta inovação, além de novas atribuições sobre

o conhecimento e autoconhecimento dos colaboradores, de maneira a potencializar os recursos humanos²⁰.

De modo geral, os profissionais (médicos e enfermeiros) que assumem papéis de liderança para promover a qualidade estão bem-preparados para superar barreiras, mas precisam adotar um estilo de liderança que seja inclusivo e atenda às necessidades dos profissionais de saúde, tendo em consideração seus perfis comportamentais⁸.

O desenvolvimento e aprimoramento dos perfis de liderança nas instituições propiciará melhores resultados e maior coesão na missão, visão e valores destas. Estes profissionais devem, além de serem capazes de identificar e entender seu perfil natural de comportamento, também entender e saber relacionar-se com o de seus interlocutores³.

A abordagem para identificar o perfil comportamental e projetar um modelo de competências é útil para profissionais que ocupam posições de liderança em organizações complexas de saúde, de modo que possam aprimorar suas habilidades de liderança para se tornarem líderes ainda mais eficazes¹⁴. O desenvolvimento de liderança deverá ter o suporte da organização no provimento de condições que propiciem o desenvolvimento de cada líder, individualmente. Porém, caberá a cada um deles fazer um esforço extra, pessoal, para buscar e aproveitar oportunidades de desenvolvimento³.

O desenvolvimento das habilidades pessoais e interpessoais é uma necessidade premente no meio organizacional e profissional, pois todo o sistema dependerá, também, do individual²¹. Desta premissa, reiteram-se os benefícios das características mapeadas para a criação de um perfil comportamental a partir das individualidades de cada colaborador.

A avaliação do perfil comportamental trará consideráveis informações sobre os fatores que influenciam e modelam o comportamento, tornando-se

importante ferramenta na observação do perfil profissional, do estilo de liderança, entre outros. Ter o conhecimento de como uma pessoa funciona possibilitará entender o que influencia seu comportamento e proporcionar-lhe ferramentas para desenvolvimento pessoal e profissional³.

A competência interpessoal é elemento fundamental no comportamento de liderança eficaz³. Quando o desenvolvimento interpessoal é orientado, existem inúmeros contributos, e os principais reflexos são visualizados tanto na perspectiva organizacional (coletiva), como na individual²¹.

Programas de Desenvolvimento de Liderança

Atualmente, tem-se buscado conhecer e aprimorar diferentes mecanismos e estratégias para a melhoria das práticas dos serviços de saúde. Face a essa realidade, diretores e colaboradores têm investido recursos em novas práticas a fim de buscar um caráter mais inovador, de maneira a dar respostas a seus objetivos profissionais. Apesar dos “instintos naturais de liderança” de alguns profissionais, algumas competências essenciais devem ser formalmente ensinadas ou refinadas⁴.

Cada vez mais, tem-se buscado conhecer e aprimorar diferentes mecanismos e estratégias para a melhoria das práticas dos serviços de saúde, de maneira a levantar as necessidades das organizações, reduzir custos, investir na capacitação dos colaboradores, criar e aplicar políticas internas, melhorar o clima e as relações organizacionais, coordenar processos e aplicar conceitos inovadores que contribuam com a elucidação dos objetivos das instituições^{22,23}. Contudo, ainda faltam estudos que possibilitem uma compreensão mais aprofundada de como são desenvolvidos e como são avaliados²⁴.

Os programas de formação devem abranger todos os domínios tradicionais de prática clínica, ensino e

pesquisa para que o líder possa compreender todas as atividades que ocorrem sob sua liderança⁴.

A multiplicidade na constituição das instituições de saúde quanto à diversidade de setores necessários à prestação de seus serviços e ao exercício de suas atividades exige a constituição de equipes e lideranças com competências específicas que garantam a interação e a sincronia entre serviços assistenciais, diagnóstico, departamentos de apoio e administrativos. Nesse cenário, é exigida das lideranças a “capacidade de comunicação com todos de forma a traduzir os objetivos e diretrizes da organização”³.

Desta necessidade surgem os Programas de Desenvolvimento de Liderança, aplicando ferramentas de avaliação para melhor compreender o desempenho da liderança e as competências que podem ser usadas para aprofundar a visão estratégica da organização e para fins de melhoria individual¹⁴, tendo em consideração as características e o perfil comportamental individuais²⁴, além de aumentar a motivação dos colaboradores²³.

Os principais programas não possuem um modelo específico de competências de liderança, mas, a partir de uma estrutura comum – objetivos, currículo, recursos e avaliação –, buscam descrever abordagens inovadoras para a aprendizagem, cujo enfoque está na discussão de casos²⁵. Entre os quatro tipos de programas de desenvolvimento mais frequentemente usados, estão aqueles que são contínuos e baseados no currículo, orientações gerenciais e mentorias²⁴.

O tamanho do hospital, a afiliação do sistema e da rede e a acreditação estão significativa e positivamente associados a todas as atividades do programa de desenvolvimento de liderança, seja pelos recursos, seja pelos resultados. Os autores ainda alertam que os hospitais com fins lucrativos são menos propensos a fornecer programas de desenvolvimento de liderança¹².

Estudos têm demonstrado que o treinamento de liderança em saúde é mais eficaz quando ocorre ao longo

do tempo, é abrangente e interdisciplinar e incorpora projetos individuais e institucionais, permitindo aos participantes a aplicação prática imediata das habilidades recém-adquiridas⁴. Contudo, para garantir o retorno dos investimentos feitos, são necessárias abordagens baseadas em evidências para avaliar o impacto da liderança nos estabelecimentos de saúde²⁶.

Os programas de desenvolvimento de liderança têm sido pensados enquanto ferramentas para melhorar a compreensão da gestão e outras práticas de desenvolvimento de liderança em organizações de saúde, com foco em três questões: *O que foi feito? O que está sendo feito? O que deveria ser feito?*¹⁵.

Existem muitas razões pelas quais os programas de melhoria da qualidade falham, e a falta de engajamento da equipe médica e a resistência da liderança à mudança estão entre os fatores mais importantes⁸. Por outro lado, apesar da reconhecida necessidade e relevância de os aspectos subjacentes à liderança serem trabalhados, o número de oportunidades ainda é limitado. Os programas de treinamento de liderança na área da saúde têm sido verificados principalmente como currículos institucionais internos⁴.

O que hoje se verifica é “a conotação de considerar a importância da força de trabalho da organização como meio para a obtenção da satisfação do cliente externo, uma vez que este colaborador é a representação da organização personalizada na busca de seus objetivos de negócio”¹⁸. Nessa busca, é possível reconhecer que melhorar os métodos de trabalho e considerar os perfis dos colaboradores das instituições de saúde deve produzir melhores resultados no longo prazo do que educar os trabalhadores para serem mais cuidadosos⁷.

O objetivo de um programa de desenvolvimento de liderança deverá ser formulado de forma a atingir objetivos individuais que: 1) sensibilize o líder para o desenvolvimento de sua liderança e sua importância do ponto de vista pessoal e profissional; 2) capacite os líderes para uma atuação eficaz em suas áreas de

atuação; 3) desenvolva habilidades de percepção e diagnose de conflitos; comunicação efetiva e trabalho em grupo³.

Entre os programas de liderança mais abrangentes, encontram-se aqueles desenvolvidos em resposta às necessidades de grupos específicos de indivíduos⁴, mas são frequentes os desafios para alinhar a necessidade do programa com seu conteúdo. A comunicação, em geral, ocorre por meio de mensagens ou e-mails diretos sobre políticas e procedimentos, mas também por meio de “sinais ocultos” que revelam as necessidades mais urgentes²⁴.

Apesar da escassez de evidências sobre a eficácia dos programas de desenvolvimento de liderança^{24,26}, principalmente pela falta de métodos de avaliação deles²⁵, resultados relacionados com uma liderança forte demonstram sucesso na promoção de mudanças, incluindo lealdade, desempenho aprimorado e taxas de erro reduzida²⁶.

Em consonância com as premissas apresentadas, reforça-se que é preciso considerar a importância do compromisso organizacional com o desenvolvimento da liderança para garantir que os programas sejam efetivamente projetados, elaborados, realizados e sustentados pelas instituições de saúde⁵.

Método DISC - Dominance-Inducement-Submission-Compliance

O método de análise de perfil *Dominance-Inducement-Submission-Compliance* (DISC) é atualmente um dos métodos mais usados em processos de seleção no Brasil²⁷. Bastante conhecido por ser um inventário comportamental que mensura os pontos fracos e fortes dos colaboradores, baseia-se na verificação do comportamento observável e conceitua, a partir de suas siglas, cada um dos perfis em análise: D para *dominância*, I para *influência*, S para *estabilidade* e C para *conformidade*^{3,28}.

O autor e idealizador dessa metodologia sugere que esses são quatro tipos básicos de resposta emocional. Na *dominância*, o estímulo consiste na dominação da reação pelo mais forte. Na estabilidade, o estímulo é a complacência de um objeto com o organismo estimulando adequadamente seus reflexos existentes, e a resposta será um fortalecimento de reações. No caso da conformidade, o estímulo é a submissão do indivíduo mais fraco ao controle das respostas pelo sujeito, e a resposta consiste em reações enfraquecidas para permitir seu controle por outro indivíduo. Por último, na influência, o estímulo é a influência do sujeito a ceder o controle de suas reações a outro indivíduo, enquanto a resposta reside no fortalecimento do controle do outro sobre o sujeito²⁸.

Essas respostas indicam “qual é a inclinação do candidato com base nestes quatro fatores. Esta metodologia vem sendo usada para seleção e avaliação de desempenho de profissionais no Brasil e em outros lugares do mundo”²⁹. Inclusive, com a utilização da ferramenta DISC (dominância, indução/influência, submissão/estabilidade, conformidade) para a avaliação de personalidade e compatibilidade da equipe, é possível criar composições de personalidades equilibradas ou desequilibradas³⁰.

Programas de Desenvolvimento de Liderança por meio do inventário de perfil comportamental DISC visam a analisar se o entendimento dos perfis de comportamento influencia o movimento de ajustes pessoais em busca do enquadramento aos direcionamentos da organização³. Como isso se reflete na inovação da gestão de serviços e de pessoas, a ferramenta traduz-se em uma área promissora de pesquisa e de investimento²³, revelando a importância da metodologia de avaliação do perfil comportamental, denominada DISC, introduzida por Marston em 1928³.

Essa ferramenta “com enfoque, sobretudo dentro das organizações, para o desenvolvimento de atitudes de alto desempenho, visa levar pessoas e, por via de

consequência, as organizações na consecução do seu objetivo maior: o sucesso”²⁹.

Para auxiliar no processo de recrutamento e seleção de pessoal, as empresas se utilizam de diversos recursos para avaliar qual é a melhor opção dentre os candidatos disponíveis e dispostos a preencher a vaga oferecida. Um tipo de ferramenta utilizada na seleção de pessoal é o teste de perfil, que tem como finalidade indicar se o candidato em análise dispõe do perfil que a empresa necessita para a execução de determinado trabalho²⁷.

É sabido que as diferenças de personalidade afetam a colaboração e as relações interpessoais e podem diminuir a confiança das equipes de trabalho; inclusive, constata-se que, quando as personalidades entram em conflito, as equipes operam com menos eficiência. Dessa maneira, estudos com auxílio do método DISC têm buscado examinar o modo como a compatibilidade de personalidade das equipes afeta o desempenho e as percepções individuais dos colaboradores³¹.

Apesar de serem verificados poucos estudos no Brasil, cada vez mais são percebidos os contributos das aplicações dessa metodologia nos processos de gestão de pessoas para potencializar o êxito da seleção e do recrutamento dos colaboradores usando-se o DISC²⁹, pois a compatibilidade de personalidade em tarefas colaborativas tem demonstrado afetar o desempenho, a comunicação do grupo, as emoções dos participantes inclusive e a realização de suas tarefas³⁰.

A ferramenta DISC pode encurtar os caminhos para a melhor compreensão, gerenciamento e desenvolvimento na Empresa, na Escola, Família e Sociedade, e assim propiciar o desenvolvimento de novas formas de gestão, eficazes e humanizadas, que preparem mais objetivamente os seres humanos para os desafios que o ambiente contemporâneo apresenta²⁹.

Os resultados dos estudos mostram que o equilíbrio das personalidades (perfis de comportamento) leva a um desempenho significativamente melhor em tarefas colaborativas. Equipes equilibradas exibiram menos conflitos, e seus membros relataram níveis mais altos de satisfação e aceitação, demonstrando que uma estratégia simples de correspondência de personalidade será um grande auxílio para formar equipes mais eficazes em contextos de saúde³¹.

Existem trabalhos que estudam a correlação entre a personalidade dos colaboradores e o desempenho de tarefas, mas existem muito poucos que estudam o equilíbrio das personalidades e dos perfis comportamentais nas equipes de saúde que trabalham juntas para um objetivo comum³⁰. A utilização da metodologia DISC para a seleção de pessoal demonstra sucesso, porém é preciso mais compreensão e aprofundamento acerca de sua eficiência global²⁹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o intuito de colmatar algumas das lacunas teóricas encontradas no contexto nacional, justificam-se a relevância, atualidade e urgência do investimento na investigação científica sobre o prisma em estudo. Dessa forma, buscou-se conhecer e compreender os desafios e as possibilidades das ferramentas de trabalho com as lideranças e o reconhecimento da importância da verificação do perfil comportamental dos profissionais das organizações de saúde brasileiras.

Reforçam-se o papel da liderança nas organizações de saúde e a importância da elaboração de programas de desenvolvimento de liderança que, entre outros contributos, compreendam o perfil comportamental dos colaboradores e utilizem metodologias satisfatórias, revelando que a concretização de métodos como o DISC – o mais utilizado nas instituições de saúde – pode se somar aos fatores de desempenho de produtividade e contribuir para o desempenho organizacional.

Este trabalho verificou que, dessa maneira, será possível trabalhar o desenvolvimento dos colaboradores e dos líderes com base na necessidade de cada indivíduo, mensurando os pontos fracos e fortes dos colaboradores dentro do programa de desenvolvimento pessoal. A ênfase é colocada na capacidade da liderança como base para facilitar a compreensão e identificar melhorias desejáveis nas dimensões pessoal, profissional e institucional.

Contudo, apesar das perspectivas otimistas quanto às estratégias do método DISC, seus conceitos ainda são pouco explorados na prática, principalmente nas instituições de saúde brasileiras. Esta realidade reforça a relevância de maior aprofundamento nesta área de estudo.

Acredito que, se traçarmos o perfil comportamental das lideranças, poderemos corporificar treinamentos mais assertivos para a real necessidade institucional, definir as características da liderança e de suas atividades, contribuir para o desenvolvimento pessoal e encontrar maneiras de abordar cada tarefa considerando a singularidade de cada indivíduo.

REFERÊNCIAS

- Robbins B, Davidhizar R. Transformational Leadership in Health Care Today. *The Health Care Manager* [Internet]. 2020 [Cited 2023 17 Feb];39(3):117-121. <https://doi.org/10.1097/HCM.0000000000000296>.
- Martin GP, Waring J. Leading from the middle: Constrained realities of clinical leadership in healthcare organizations. *Health (London)* [Internet]. 2013 [Cited 2023 17 Feb];17(4):358-374. <https://doi.org/10.1177/1363459312460704>.
- Matos ER. O desenvolvimento de líderes baseado no estilo comportamental em uma organização de saúde [Masters dissertation]. São Paulo: Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas; 2019.
- Sonnino R E. Health care leadership development and training: progress and pitfalls. *J Healthc Leadersh* [Internet]. 2016 [Cited 2023 17 Feb];8:19-29. <https://doi.org/10.2147/JHL.S68068>.
- Mcalearney AS. Leadership development in healthcare: a qualitative study. *J Organ Behav* [Internet]. 2006 [Cited 2023 17 Feb];27(7):967-982. <https://doi.org/10.1002/job.417>.
- Renaud MT, Rutledge C. Preparing emotionally intelligent doctor of nursing practice leaders. *J Nurs Educ* [Internet]. 2012 [Cited 2023 17 Feb];51(8):454-460. <https://doi.org/10.3928/01484834-20120523-03>.
- Clarke JR, Lerner JC, Marella W. The role for leaders of health care organizations in patient safety. *Am J Med Qual* [Internet]. 2007 [Cited 2023 17 Feb];22(5):311-318, 2007. <https://doi.org/10.1177/1062860607304743>.
- Kumar RDC. Leadership in healthcare. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine* [Internet]. 2013 [Cited 2023 17 Feb];14(1):39-41. <https://doi.org/10.1016/j.mpaic.2012.11.006>.
- Wikström E, Dellve L. Contemporary leadership in healthcare organizations: Fragmented or concurrent leadership. *J Health Organ Manag* [Internet]. 2009 [Cited 2023 17 Feb];23(4):411-428. <https://doi.org/10.1108/147772609109793082009>.
- Arnetz B, Blomkvist V. Leadership, mental health, and organizational efficacy in health care organizations. *Psychother Psychosom* [Internet]. 2007 [Cited 2023 17 Feb];76:242-248, 2007. <https://doi.org/10.1159/000101503>.
- Nica E. Moral leadership in health care organizations. *Amer J Med Res* [Internet]. 2015 [Cited 2023 17 Feb];2(2):118-123. Available from: <https://addletonacademicpublishers.com/contents-ajmr/464-volume-2-2-2015/2606-moral-leadership-in-health-care-organizations>.
- Kim TH, Thompson JM. Organizational and market factors associated with leadership development programs in hospitals: a national study. *J Healthcare Manag* 2012;57(2):113-132.
- Perkins RD. How executive coaching can change leader behavior and improve meeting effectiveness: An exploratory study. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research* [Internet]. 2009 [Cited 2023 Feb 17];61(4):298-318. <https://doi.org/10.1037/a0017842>.
- Guo KL. Core competencies of the entrepreneurial leader in health care organizations. *Health Care Manag (Frederick)* [Internet];. 2009 [Cited 2023 Feb 17];28(1):19-29. <https://doi.org/10.1097/HCM.0b013e318196de5c>.
- Mcalearney AS. Exploring mentoring and leadership development in health care organizations: experience and opportunities. *Career Dev Int* [Internet]. 2005 [Cited 2023 Feb 17];10(6/7):493-511. <https://doi.org/10.1108/13620430510620575>.
- Iliopoulos E, Priporas, CV. The effect of internal marketing on job satisfaction in health services: a pilot study in public hospitals in Northern Greece. *BMC Health Serv Res*. 2011;11(2):1-8.
- Almeida W. Captação e seleção de talentos: repensando a teoria e a prática. São Paulo: Atlas; 2004.
- Brambilla FR. Abordagem conceitual de marketing interno. *REAd* [Internet]. 2005 [Cited 2023 Feb 17];11(1):1-56. Available from: <https://seer.ufrgs.br/index.php/read/article/view/40692>.
- Mcentire LE, Greene-Shortridge TM. Recruiting and selecting leaders for innovation: how to find the right leader. *Adv Dev Hum Resour* [Internet]. 2011 [Cited 2023 Feb 17];13(3):266-278. <https://doi.org/10.1177/1523422311424712>.
- Veloso RCL. O perfil comportamental como ferramenta estratégica de alocação dos servidores de carreira de EPPGG em Minas Gerais [Monograph]. Belo Horizonte: Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, Fundação João Pinheiro; 2013. Available from: <http://repositorio.fjp.mg.gov.br/consad/handle/123456789/9622013>.
- Moscovici S. An essay on social representations and ethnic minorities. *Soc Sci Inform* [Internet]. 2011 [Cited 2023 Feb 17];50(3/4):442-461. <https://doi.org/10.1177/0539018411411027>.
- Azêdo DF, Alves MH. Práticas de marketing interno nas organizações de saúde e a sua influência na motivação dos colaboradores. *Rev Port Saúde Pub*. 2013;31(2):201-212.

23. Raeisi S, Ramli NS, Lingjie MA. Systematic review of the influence of internal marketing on service innovation. *J Risk FinancManag*. 2020;13(9):1-24.
24. Whaley A, Gillis WE. Leadership development programs for health care middle managers: an exploration of the top management team member perspective. *Health Care Manag Rev [Internet]*. 2018 [Cited 2023 Feb 17];43(1):79-89. <https://doi.org/10.1097/HMR.000000000000131>.
25. Raymond L, Goldman EF, Scott AR.; Dandar V. Leadership development programs at academic health centers: results of a national survey. *Acad Med [Internet]*. 2018 [Cited 2023 Feb 17];93(2):229-236. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001813>.
26. Jeyaraman MM, Qadar SMZ, Wierzbowski A, Farshidfar F, Lys J, Dickson G et al. Return on investment in healthcare leadership development programs. *Lead Health Serv [Internet]*. 2018 [Cited 2023 Feb 17];31(1):77-97. <https://doi.org/10.1108/LHS-02-2017-0005>.
27. Pereira AC, Clemente TSR. Otimização do método disc de seleção de pessoas baseada em algoritmos genéticos e naïve bayes: um estudo de caso em empresa do “sistema s” do Paraná. *Rev Cient Mult [Internet]*. 2021 [Cited 2023 Feb 17];2(1):234-251. <https://doi.org/10.47820/recima21.v2i1.70>.
28. Marston W. Primary emotions. *Psychol Rev [Internet]*. 1927 [Cited 2023 Feb 17];34(5):336-363. <https://doi.org/10.1037/h0073366>.
29. Matos JF. Análise dos aspectos comportamentais através da ferramenta DISC [Masters dissertation]. Lisboa: ISCTE; 2008. Available from: <http://hdl.handle.net/10071/2094>.
30. Antoniou A. Compatibility of small team personalities in computer-based tasks. *Challenges [Internet]*. 2019 [Cited 2023 Feb 17];10(1):29. <https://doi.org/10.3390/challe100100292019>.
31. Lykourantzou I, Antoniou A, Naudet Y, Dow SP. Personality Matters: balancing for personality types leads to better outcomes for crowd teams. *Proceedings of the 19th ACM Conference on Computer- Supported Cooperative Work & Social Computing*. 2016. 260–273. <https://doi.org/10.1145/2818048.2819979>.

Parceria estratégica com lideranças comunitárias para adequação do perfil de atendimento em um serviço de urgência

Cyntia Maria Lins Sant'Ana de Lima^a, Isa Menezes Lyra^b,
Rafaela Nascimento Ribeiro^c, Rogério Luís Palmeira da Silva^d

Resumo

O envolvimento social no gerenciamento das Redes de Atenção à Saúde torna a população coparticipante no processo de gestão hospitalar. Este relato teve como objetivo descrever a experiência de um hospital público de grande porte localizado em um distrito sanitário do

^a Graduação em Medicina pela Universidade Federal da Bahia (UFBA); residência em Cardiologia pelo Programa de Residência do Hospital Santa Izabel (SESAB/MEC), especialização em Medicina Intensiva pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira/ Associação Médica Brasileira (AMIB/ABM); pós-graduação em Gestão em Saúde (FGV); gerente de Qualidade e Segurança no Hospital do Subúrbio (Salvador/Bahia) e avaliadora do Instituto Qualisa de Gestão (IQG); Salvador/BA.

^b Graduação em Medicina pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP); residência em Pediatria pela Universidade Federal da Bahia (UFBA); mestrado em Hematologia pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp); doutorado em Medicina e Saúde Pública pela UFBA; coordenadora de Ensino e Pesquisa no Hospital do Subúrbio; Salvador/BA.

^c Graduação em Enfermagem pelo Centro Universitário Jorge Amado (Unijorge); especialização em Unidade de Terapia Intensiva e Cuidados de Alta Complexidade pela Faculdade de Tecnologia e Ciências da Bahia (Fatec); mestrado em Enfermagem e Saúde com ênfase em Gestão pela Universidade Federal da Bahia (UFBA); enfermeira da Educação Permanente no Hospital do Subúrbio; Salvador/BA.

^d Graduação em Medicina pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP); especialização em Clínica Médica pela Sociedade Brasileira de Clínica Médica (SBCM); especialização em Bioética pela Universidade de Caxias do Sul (UCS); MBA em Gestão e Inovação em Saúde pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS); especialização em Saúde Mental pela PUCPR; professor na EBMSP; presidente da Sociedade Brasileira de Medicina Hospitalar (SOBRAMH) (2021-2023); diretor no Hospital do Subúrbio; Salvador/BA.

município de Salvador, Bahia, onde foi desenvolvida a estratégia de envolvimento das lideranças comunitárias para o ajuste do perfil dos atendimentos de urgência e emergência. Como resultados, observaram-se: redução no número dos atendimentos dos pacientes procedentes do distrito e do entorno e daqueles com classificações de risco azul e verde; aumento na frequência de pacientes acima de 60 anos e com doenças dos aparelhos circulatório, digestório e geniturinário; e maiores taxas de conversão para internamento, inclusive em terapia intensiva, e cirurgias. A implementação da estratégia trouxe benefícios mensuráveis, com mudança do perfil dos atendimentos de urgência e emergência, que passaram a ser caracterizados pela maior complexidade, gravidade e risco. Concluiu-se que a inserção da comunidade e o compartilhamento de informações sobre a organização da rede favorecem a qualidade da assistência da população, com adequação dos serviços, e devem ser incentivados.

Palavras-chave: Gestão em saúde; Participação comunitária; Rede de urgência e emergência.

INTRODUÇÃO

Em 1988, com a promulgação da Constituição Federal, a saúde passou a ser um direito de todos e um dever do Estado, com acesso universal^o. A Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080/1990), que regula o Sistema Único de Saúde (SUS), elenca os princípios e diretrizes do SUS: universalidade, integralidade, equidade, descentralização, participação social e organização das redes de atendimento de forma regionalizada e hierarquizada¹.

No percurso de mais de 30 anos do SUS, houve fortalecimento da atenção primária à saúde (APS) e das ações de promoção e prevenção da saúde, além da ampliação na oferta estruturada de serviços. Por outro lado, é importante destacar o enfrentamento de desafios históricos, entre os quais estão as desigualdades regionais e as transformações das condições de saúde da população². O SUS teve que se adaptar às demandas em decorrência do envelhecimento da população e do aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e, além disso, não deixou de existir a mortalidade por causas externas e

a emergência/reemergência de doenças infecciosas e parasitárias³, o que demanda políticas e estrutura de saúde para acompanhar pacientes crônicos e realizar atendimentos emergenciais.

É importante destacar, ainda, que o aumento e a diversificação dos estabelecimentos de saúde requerem a análise da oferta, do acesso e do uso desses serviços na perspectiva da qualidade do cuidado prestado ao paciente. O SUS ainda enfrenta problemas na oferta desordenada das ações de saúde, o que gera filas de espera e sobrecarga no sistema, desde os ambulatórios até os hospitais. Assim, para otimizar a gestão e melhorar a qualidade dos atendimentos, a análise do desempenho do sistema de saúde requer a abordagem de outras dimensões, como adequação, continuidade, aceitabilidade, efetividade, eficiência, segurança e respeito aos direitos do paciente².

Uma das ações com o intuito de melhor gerir a demanda pelo atendimento foi a Rede de Urgência e Emergência (RUE), criada pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria n. 1.600/2011, cujo objetivo é a integração e articulação dos equipamentos de saúde para

^o Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Cited 2023 Feb 20.

o melhor acesso dos usuários em situação de urgência e emergência, de forma coordenada entre os diferentes pontos de atenção que a compõem. Para isso, o acolhimento com classificação de risco (ACCR) mostrou-se um instrumento reorganizador dos processos de trabalho, definindo fluxos e referências adequados para gerar atendimento resolutivo e humanizado⁴.

O esforço organizacional para a adequação dos protocolos assistenciais necessita de integração com a sociedade civil, notadamente a comunidade do entorno das unidades hospitalares, para que, de forma democrática e participativa, o propósito definido pela gestão tenha êxito. Assim, as decisões compartilhadas com os atores sociais são importantes⁵ para ações comunitárias efetivas e concretas, bem como para que a gestão de saúde estabeleça prioridades, tome decisões e defina estratégias práticas junto à comunidade⁶.

A Lei n. 8.142/1990 regulamenta a participação popular e o controle social na gestão do SUS⁷. A contribuição da comunidade no gerenciamento das Redes de Atenção à Saúde (RAS) torna os usuários coparticipantes em todo o processo, assegurando acesso equânime e ordenado aos serviços de saúde do SUS, o que promove melhora na qualidade de vida da população. No caso de um serviço hospitalar terciário localizado próximo a uma comunidade e de fácil acesso, uma gestão participativa com as lideranças comunitárias é fundamental para o êxito na adequação dos atendimentos.

Nesse contexto, este relato teve por finalidade contribuir para o conhecimento sobre práticas de gestão e envolvimento das lideranças comunitárias como estratégia fundamental de adequação dos atendimentos de urgência e emergência em um hospital do SUS. Espera-se que este estudo favoreça o desenvolvimento de pesquisas relacionadas à temática e o reconhecimento de sua importância.

MÉTODO

Trata-se de relato de experiência da iniciativa adotada por um hospital público de grande porte, com perfil de atendimento de urgência e emergência, localizado no município de Salvador, estado da Bahia, pioneiro no modelo de gestão parceria público-privada (PPP) em saúde no país.

É importante registrar que, no ano de 2010, ainda na fase de planejamento da abertura do hospital, já havia a compreensão de complexidades referentes à localização geográfica, uma vez que o hospital foi instalado em uma área populosa e de conhecida fragilidade social, estabelecendo, desse modo, um desafio logístico e operacional no que tange ao acesso e à segurança. A participação popular no direcionamento dos assuntos de saúde no referido hospital já aconteceu desde a fase de planejamento, construção e implantação, com uma relação de parceria com a comunidade. Na oportunidade, foram esclarecidos o propósito institucional e o perfil do nível terciário, com atendimentos de urgência e emergência por meio do acolhimento com classificação de risco.

Para consolidação da relação com a comunidade, foi proposta a realização periódica de reuniões trimestrais, promovidas as lideranças da unidade hospitalar com convite aos gestores do distrito, município e estado, inclusive da Central Estadual de Regulação, utilizando a metodologia de exposição dialogada. Para isso, foi necessário identificar as lideranças comunitárias e dar início às reuniões, nas quais dados trimestrais analisados eram expostos com base no princípio da transparência, desenvolvendo a participação social e a colaboração mútua.

Os dados relacionados aos atendimentos no hospital foram obtidos em sistema informatizado operacional próprio, por meio da extração dos seguintes indicadores hospitalares, definidos como ferramentas importantes de avaliação e controle: número de atendimentos por ano; distribuição dos atendimentos por classificação de risco; distribuição geográfica (por procedência); perfil demográfico (sexo e idade); perfil

nosológico; e avaliação das frequências de atendimentos convertidos em internações e cirurgias.

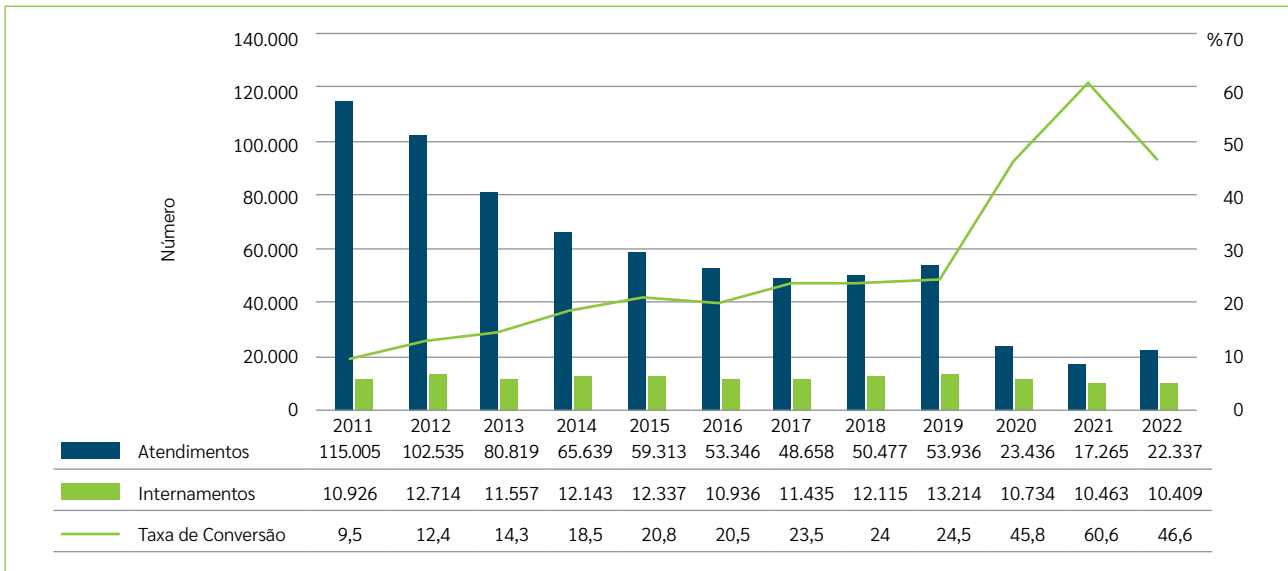
Neste relato de experiência, foram analisados os atendimentos de urgência e emergência, adulto e pediátrico, realizados de 1º de janeiro de 2011 a 31 de dezembro de 2022. Como esse recorte contempla dados pré e pós-pandemia de covid-19, constatou-se mudança de perfil da unidade. Os dados referentes aos três primeiros meses de funcionamento do hospital foram excluídos por se tratar do período inicial da implantação da unidade.

RESULTADOS

Durante os 12 anos de funcionamento do hospital, foram realizadas reuniões trimestrais com as

lideranças comunitárias, com participação ativa de seus membros. Nesse período, o hospital realizou 692.766 atendimentos de urgência e emergência. No Gráfico 1, estão representados esses atendimentos por ano, com progressiva redução até o ano de 2017, seguida por um período de estabilização até 2019 e nova redução nos três últimos anos. Considerando esse período, a redução foi de 80,6% (92.668 atendimentos) e, simultaneamente, houve aumento da taxa de conversão dos atendimentos em internamentos, que passou de 9,5% em 2011 para 24,5% em 2019 (218,2%). A partir de 2020, a redução dos atendimentos foi mais evidente, mas com maiores taxas de conversão para internamento, atingindo pico de 60,6% em 2021.

Gráfico 1 – Número de atendimentos na emergência e de internamentos no período de 2011 a 2022.



Fonte: elaboração dos autores.

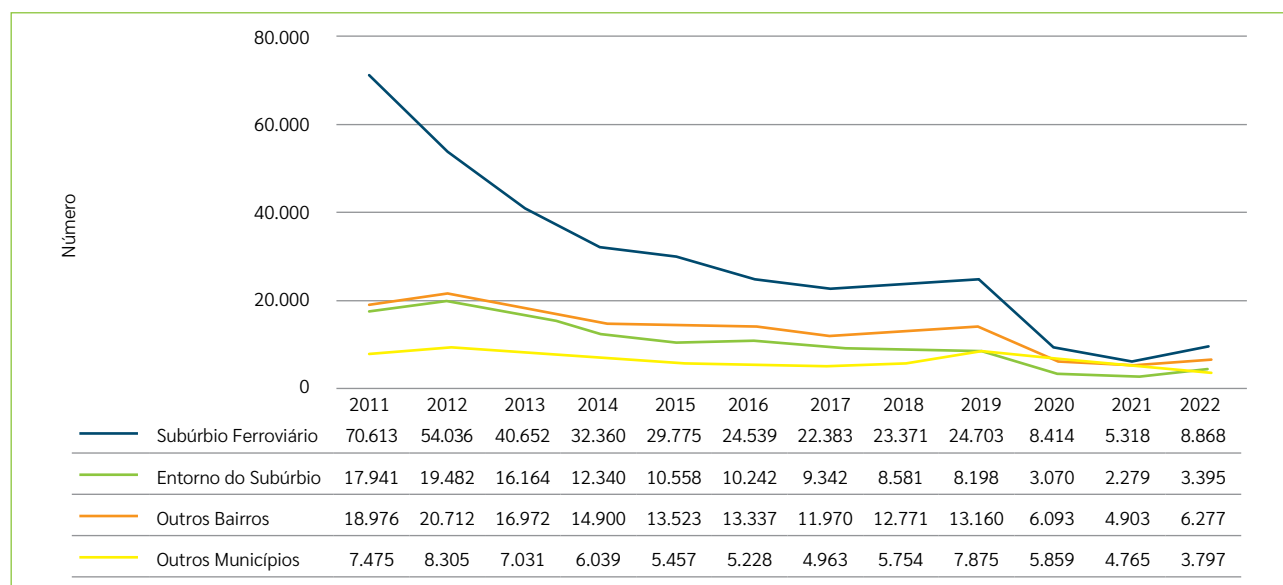
Os dados demográficos e encaminhamentos gerados a partir dos atendimentos ao longo desse período estão descritos na Tabela 1. A maior proporção foi de pacientes do sexo masculino e houve aumento progressivo da faixa etária acima de 60 anos. Demonstram-se maiores taxas de conversão para internamentos, inclusive em unidades

de terapia intensiva, e de cirurgias. A procedência dos pacientes está representada no Gráfico 2; na análise dos atendimentos a partir da localização geográfica informada como residência dos pacientes, é observada redução do distrito sanitário do hospital (Subúrbio Ferroviário) e de seu entorno como procedência dos pacientes.

Tabela 1 – Dados demográficos dos atendimentos e encaminhamentos no período de 2011 a 2022.

		2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Número	N	115.005	102.535	80.819	65.639	59.313	53.346	48.658	50.477	53.936	23.436	17.265	22.337
Média de Idade	anos	31,0 ±22,3	32,4 ±22,7	32,4 ±23,4	31,1 ±24,4	30,6 ±25,2	34,4 ±24,7	34,6 ±25,5	35,3 ±25,4	37,1 ±25,7	41,1 ±25,2	42,2 ±24,8	39,5 ±26,0
Mediana Idade	anos	29	30	30	28	27	32	32	34	36	40	42	39
Idade > 60 anos	%	11,6	13,1	14,2	14,9	15,7	18,0	19,2	20,0	22,1	25,5	27,1	25,4
Sexo Masculino	%	48,3	49,7	50,5	52,7	54,1	53,6	53,9	53,9	52,8	54,7	54,8	53,2
Sexo Feminino	%	51,7	50,3	49,5	47,3	45,9	46,4	46,1	46,1	47,2	45,3	45,2	46,8
Internação	%	9,5	12,4	14,3	18,5	20,8	20,5	23,5	24,0	24,5	45,8	60,6	46,6
UTI	%	16,5	14,9	16,8	21,0	20,2	22,2	21,3	22,1	21,7	36,5	47,1	40,0
Cirurgia	%	4,0	4,9	6,3	8,2	9,5	10,4	11,3	11,0	11,2	21,4	27,4	21,0

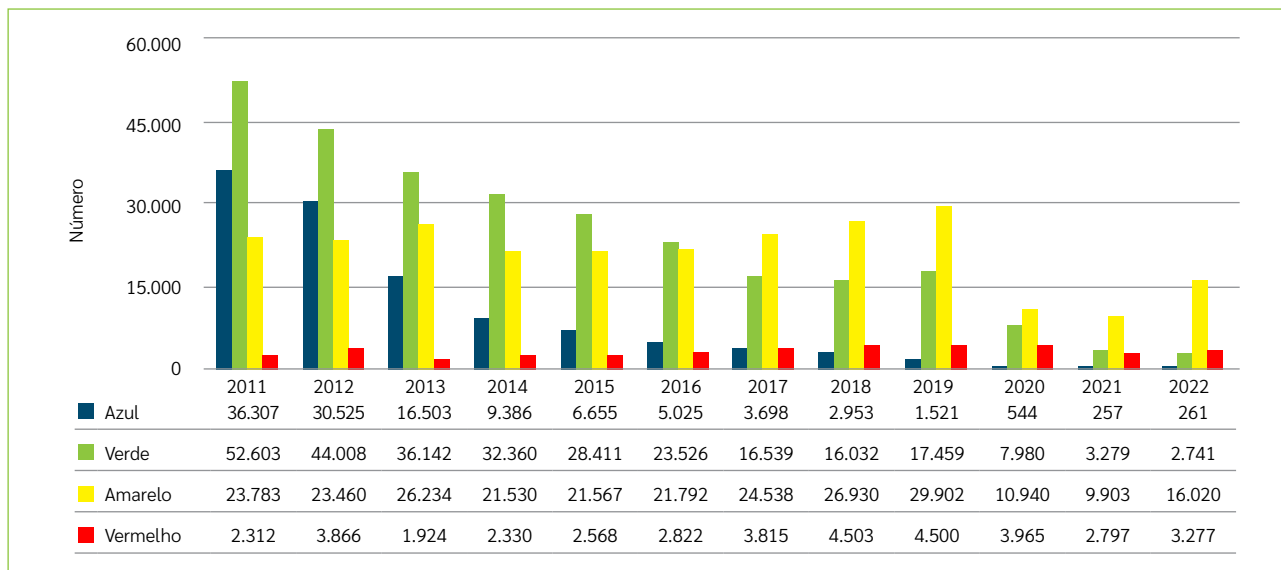
Fonte: elaboração dos autores.

Gráfico 2 – Distribuição dos atendimentos de emergência por procedência no período de 2011 a 2022.

Fonte: elaboração dos autores.

Ao considerar a distribuição dos atendimentos pela classificação de risco (Gráfico 3), realizada pela equipe de enfermagem conforme protocolo institucional no momento do acolhimento e da triagem dos pacientes, é observada redução dos pacientes classificados como

azul e verde, considerados de menor risco. Houve um aumento no quantitativo dos atendimentos com risco amarelo e vermelho, que superaram o azul e o verde a partir de 2017, com 58,3%, chegando à proporção de 86,4% em 2022.

Gráfico 3 – Número de atendimentos de emergência por classificação de risco no período de 2011 a 2022.

Fonte: elaboração dos autores.

O principal perfil nosológico dos atendimentos de emergência foi o das causas externas, conforme a Tabela 2, que também evidencia o aumento da

frequência das doenças dos aparelhos circulatório, digestório e geniturinário. As doenças infecciosas e parasitárias foram mais frequentes a partir de 2020.

Tabela 2 – Perfil nosológico dos atendimentos de emergência no período de 2011 a 2022.

		2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Causas Externas	%	25,8	32,2	36,4	40,2	43,1	46,9	43,9	43,5	41,2	37,2	33,7	30,9
Doenças do Aparelho Respiratório	%	10,1	9,9	9,0	8,1	7,0	4,7	5,4	5,7	5,0	7,9	6,8	7,1
Doenças do Aparelho Circulatório	%	7,0	6,4	6,0	6,2	6,3	7,1	7,6	7,9	9,0	8,6	10,2	11,4
Doenças do Aparelho Digestivo	%	5,5	5,5	4,9	5,3	5,5	5,9	6,4	6,7	7,1	7,7	8,6	9,9
Doenças Infecciosas e Parasitárias	%	5,3	4,5	4,0	3,9	4,7	3,5	3,7	3,0	2,6	8,9	11,8	5,3
Doenças do Aparelho Geniturinário	%	4,7	5,5	5,0	4,8	5,1	5,9	6,1	7,4	8,4	8,2	8,9	10,7

Fonte: elaboração dos autores.

DISCUSSÃO

Na análise dos resultados referentes aos 12 anos de existência do hospital, é marcante a redução dos atendimentos realizados na unidade de emergência do hospital. No entanto, podem ser observados dois períodos distintos, tendo como marco o início da pandemia de covid-19, em 2020. Assim, no primeiro período, de 2011 a 2019, a queda dos atendimentos foi progressiva até 2017, seguida por estabilização desse quantitativo. Já de 2020 a 2022, houve nova redução, dessa vez marcante.

Podem-se inferir diversos motivos para a redução dos atendimentos observada no primeiro período, dentre eles a melhor compreensão da comunidade sobre o perfil institucional e a melhoria dos serviços da Rede de Urgência e Emergência no distrito e seu entorno, com novos equipamentos de assistência à saúde. Este fato pode ser corroborado a partir de discussões dos problemas de acesso ao atendimento de urgência e emergência nas reuniões periódicas realizadas junto às lideranças comunitárias, por vezes com a presença de gestores de outras unidades de saúde e de representantes do distrito sanitário e das secretarias de saúde municipal e estadual.

No segundo período, a partir de 2020, a pandemia de covid-19 trouxe a necessidade de reestruturação do acesso a urgência e emergência e a implementação de novos leitos de terapia intensiva no hospital, que foram estruturados na área da emergência. Os atendimentos foram restringidos a pacientes referenciados pela Central Estadual de Regulação e pelo atendimento móvel pré-hospitalar (APH), principalmente pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu). Entretanto, a instituição não deixou de atender a demanda espontânea de pacientes com maior gravidade e risco. Dessa forma, a evidente redução nos atendimentos nos três últimos anos é justificada pela crise sanitária.

Concomitantemente à redução dos atendimentos, houve crescentes taxas de conversão para internamento,

inclusive em unidades de terapia intensiva, e aumento na frequência de cirurgias. Isso demonstra um perfil de pacientes de maior gravidade e complexidade, compatíveis com o propósito do componente hospitalar de uma RUE. Corroboram também com esse nível de atenção as mudanças observadas nos dados demográficos, especialmente o maior percentual de pacientes com idade superior a 60 anos, assim como a redução nos atendimentos com classificações de risco azul e verde e aumento naqueles com risco amarelo e vermelho, além da maior frequência das doenças dos aparelhos circulatório, digestório e geniturinário.

O comportamento da procedência geográfica dos pacientes atendidos, a partir do endereço de moradia informado por eles, demonstra a associação entre queda do número dos atendimentos e procedência do distrito sanitário onde o hospital está localizado e entorno. Esse fato, aliado à redução dos pacientes com classificações de risco azul e verde, sugere uma melhor adequação do acesso na rede de urgência desse distrito.

A participação da comunidade ocorreu de forma precoce, antes mesmo do início da operação do hospital, a partir do pleito de um equipamento de saúde que pudesse atender suas necessidades, o que contribuiu com a estratégia institucional de envolvimento das lideranças comunitárias do distrito, construindo a parceria e o compromisso com a qualidade da assistência. A apresentação periódica do desempenho hospitalar, de forma ética e transparente e com a análise participativa de problemas, favoreceu o entendimento sobre o perfil de atendimento de urgência e emergência a partir da classificação de risco.

A distinção entre as condições de urgência e emergência é um marco regulatório importante, pois impõe a racionalidade na assistência do pronto atendimento com base na condição clínica do usuário. Assim, definem-se as emergências como prioridade absoluta, seguidas das urgências e, depois, das condições que necessitam de atendimento, mas não imediato, ainda que em um período curto.

Contudo, tão importante quanto classificar o risco e identificar as situações de urgência e emergência é o acolhimento do usuário, que se traduz na postura da equipe do serviço de saúde como uma ação de aproximação e atitude de inclusão em nosso **espaço de afeto**. Isso engloba uma das diretrizes de maior relevância ética da Política Nacional de Humanização do SUS: ética na relação com o outro, que nos confia sua angústia, seu sofrimento e sua dor, na busca por uma assistência digna. Assim, também o acolhimento, o **estar perto** da comunidade, por meio de suas lideranças, propicia a discussão de interesses coletivos e favorece o propósito de assistir a população com base nos princípios fundamentais da saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora a Carta Magna tenha aberto um SUS em que se preveem ações e serviços públicos organizados de forma integrada, regionalizada e hierarquizada, a promoção da saúde requer uma ação coordenada, em que os diversos atores trabalhem de forma efetiva. Dessa forma, compreende-se a importância da participação social nos

processos de estabelecimento de prioridades, definição de estratégias e práticas de assistência à saúde.

Nos atendimentos de urgência e emergência, muitos são os desafios para a implantação de um sistema de rede de atenção à saúde, especialmente no que se refere às necessidades de mudança nos modelos de gestão. A interação e a articulação de seus diversos componentes, em todos os níveis hierárquicos, precisam da escuta qualificada sobre os problemas e as necessidades de saúde da população.

Conseguimos descrever a experiência da estratégia de envolver as lideranças comunitárias em um hospital público que presta atendimentos de urgência e emergência, sob demanda espontânea e referenciada pela Central Estadual de Regulação e pelo atendimento móvel pré-hospitalar, demonstrando resultados na mudança do perfil desses atendimentos, caracterizados por maiores complexidade, gravidade e risco.

São necessários novos estudos sobre esta temática para uma melhor compreensão e contribuição nos processos de implantação das redes de urgência e emergência.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei 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. Available from: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=8080&ano=1990&ato=9f7gXSq1keFpWT905>.
2. Viacava F, Oliveira RAD, Carvalho CC, Laguardia J, Bellido JG. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. Ciênc saúde colet [Internet]. 2018 Jun [Cited 2023 Feb 20];23(6). <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06022018>.
3. Travassos C, Oliveira EXG, Viacava F. Desigualdades regionais e sociais em saúde segundo inquéritos domiciliares (Brasil, 1998-2013). Ciênc saúde colet [Internet]. 2006 Dec [Cited 2023 Feb 20];11(4). <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000400019>.
4. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n. 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html.
5. Matos FV, Caldeira AP. Interação comunitária e planejamento participativo no ensino médico. Rev bras educ med [Internet]. 2013 Sep [Cited 2023 20];37(3). <https://doi.org/10.1590/S0100-55022013000300016>.
6. Pinheiro R, Mattos RA (Org.). Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe e participação e os espaços públicos. Rio de Janeiro: IMS, Uerj, Cepesc, Abrasco; 2005
7. Brasil. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm.



Equipe editorial

Editora-chefe:

Mara Márcia Machado

Editor-executivo:

Jadson Costa

Editor científico:

Fabício dos Santos Cirino

Sobre a revista

A **Revista Science** é um periódico trimestral, com submissões em fluxo contínuo, *on-line*, de acesso gratuito e revisado por um corpo editorial, com o objetivo de publicar artigos inéditos e atuais que apresentem avanços na gestão em saúde e na busca constante pela excelência.

Trazemos a nossos leitores exemplos práticos de sucesso.

Propósito

Queremos promover uma comunicação totalmente isenta com as instituições de saúde, ensino e pesquisa, com foco na divulgação e disseminação de boas práticas voltadas à gestão em saúde como ferramenta de promoção da qualidade e segurança do paciente.

Esperamos, com isso, fomentar o estudo e a promoção de estratégias em saúde que informem e debatam a importância de práticas líderes de gestão, inovação e sustentabilidade do negócio, bem como a geração de valor ao paciente e aos profissionais de saúde no contexto atual.

Uma prática líder é aquela considerada inovadora, centrada nas pessoas, baseada em evidências e implementada por equipes em uma organização.

O que buscamos

Práticas líderes que demonstrem mudanças positivas relacionadas diretamente ao cuidado e a serviços seguros, confiáveis, acessíveis, adequados e integrados.

A **Revista Science** é um espaço para o compartilhamento de conhecimento, com o intuito de reconhecer práticas inovadoras e efetivas. Buscamos, assim, compartilhar com o público geral, formuladores de políticas das organizações interessadas as práticas relacionadas às melhorias e mudanças reais na qualidade e no sistema de saúde. Essas práticas, além de publicadas, também serão promovidas pelo Instituto Qualisa de Gestão - IQG por meio de boletins informativos, webnários do Programa Brasileiro de Segurança do Paciente, conferências e materiais educacionais.



Normas de submissão

A **Revista Science** aceita manuscritos originais ou não publicados anteriormente em outros meios de comunicação ou revistas. Os textos que apresentarem semelhanças com materiais já publicados serão excluídos do processo de revisão.

O conteúdo dos manuscritos deve representar avanços para a qualidade em saúde, bem como representar práticas administrativas que reflitam novos conhecimentos, buscando-se a excelência para a prática, ensino ou pesquisa em saúde.

O manuscrito deve ser submetido por formulário próprio *on-line*:

O autor responsável pela submissão deve assinar eletronicamente a Declaração de Responsabilidade e Cessão de Direitos Autorais, conforme previsto no formulário de submissão. O número máximo de autores para cada submissão é seis.

Custos relativos à publicação: não serão cobradas taxas de submissão ou taxas editoriais se o artigo for aceito para publicação.

Categorias para publicação

Artigo Original: Resultados de pesquisas originais, abordagem metodológica rigorosa e clara, discussão minuciosa e interface com a literatura científica nacional e internacional. Limitado a 15 páginas (incluindo resumo, tabelas, figuras e referências).

Revisão sistemática com ou sem meta-análise ou metassíntese: Análise de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, visando à coleta de provas. Limitado a 25 páginas (incluindo resumo, tabelas, figuras e referências).

Estudo Teórico: Análise de teorias ou métodos que apoiem a qualidade e segurança do paciente, que contribuam para o desenvolvimento do conhecimento em

saúde. Limitado a 15 páginas (incluindo resumos, gráficos, figuras e referências).

Relatório de Experiência Profissional: Estudo de uma situação de interesse quanto à atuação em saúde, nas diferentes áreas do conhecimento, contendo análise de implicações conceituais, descrição de procedimentos com estratégias de intervenção ou evidências metodológicas adequadas para avaliação de eficácia de um procedimento ou estratégia. Limitado a 15 páginas (incluindo resumo, tabelas, figuras e referências).

Carta ao Editor Científico: Direcionada aos comentários dos leitores sobre os trabalhos publicados na revista, expressando concordância ou discordância sobre o assunto abordado. Limitada a uma página.

Editorial e Ponto de Vista: Convites feitos pelos editores da revista. Eles não são submetidos à revisão por pares.

Estrutura e preparação de manuscritos

Formato do arquivo: doc ou docx (MS Word).

Texto: Ortografia oficial em folhas A4; espaçamento de linha 1.5; fonte Times New Roman, tamanho 12, incluindo tabelas. As margens superior, inferior e lateral devem ser de 2,5 cm.

Página de título deve conter:

- **Título:** Máximo de 16 palavras, apenas na linguagem do manuscrito, em negrito, utilizando letra maiúscula apenas no início do título e substantivos adequados. Não devem ser utilizadas abreviações, siglas ou localização geográfica da pesquisa. Deve ser claro, exato e atraente.

- **Nomes dos autores:** Completos e sem abreviaturas, numerados em algarismos árabes, com a filiação institucional, localização, estado e país.
- **Instituições:** até três hierarquias de filiação institucional (Universidade, Faculdade, Departamento).
- **Autor correspondente:** Declaração de nome, endereço de *e-mail* e telefone.
- **Resumo:** Somente na linguagem do manuscrito com até 1.290 caracteres com espaços. Deve ser estruturado com as seguintes seções: Objetivo, Método, Resultados e Conclusão, exceto para estudos teóricos.
- **Descritores:** Três a seis descritores que identifiquem o assunto, seguindo a linguagem dos resumos; separados por um ponto e vírgula; e extraídos dos vocabulários DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), elaborados pela BIREME, ou MeSH (Títulos de Sujeitos Médicos), elaborados pela NLM (Biblioteca Nacional de Medicina).

Documento principal

Para os artigos originais, os tópicos seguintes serão obrigatórios:

- Deve conter o título, o resumo, os descritores e o texto. Não inclui a identificação de nenhum autor.
- **Conteúdo de texto:** introdução, método, resultados, discussão, conclusão e referências, apresentados em seções distintas. Os objetivos devem ser inseridos no final da Introdução.
- **Introdução:** Breve definição do problema estudado, justificando sua importância e as lacunas de conhecimento, a partir de referências atualizadas nacionais e internacionais.
- **Objetivo:** Principal foco do estudo.
- **Método:** Subdividir a seção nos tópicos: desenho do estudo; cenário populacional; critérios de seleção; definição da amostra (se aplicável); coleta de dados, análise e tratamento de dados, aspectos éticos.
- **Resultados:** Apresentação e descrição dos dados obtidos, sem interpretações ou comentários. Pode conter tabelas, gráficos e números para permitir uma melhor compreensão. O texto deve complementar ou destacar o que é mais relevante, sem repetir dados fornecidos nas tabelas ou números. O número de participantes faz parte da seção resultados.
- **Discussão:** Deve restringir-se aos dados obtidos e resultados alcançados, salientando aspectos novos e relevantes observados no estudo e discutindo o acordo e divergências em relação a outras pesquisas publicadas nacionais e internacionais. Deve indicar as limitações do estudo e os avanços no campo de pesquisa.
- **Conclusão:** Deve ser direta, clara e objetiva, respondendo às hipóteses ou objetivos, e fundamentada nos resultados e na discussão. Não cita referências.
- **Referências:** Máximo de 30 (exceto em estudos de revisão, dependendo da estratégia de busca e seleção). Seguem a proporção de 80% de artigos de revistas, com pelo menos metade deles indexada nas bases de dados internacionais.
- **Citações de referências no texto:** Listados consecutivamente, em numerais árabes sobrescritos e entre parênteses, sem mencionar o nome dos autores (exceto aqueles que representam uma formação teórica). Quando forem sequenciais, indicar o primeiro e o último número, separados por um hífen, por exemplo, 1-4. Quando não sequenciais, devem ser separados por uma vírgula, por exemplo, 1-2,4.
- **Citações de referências no final do texto:** Usar o estilo “Vancouver”, disponível em (https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html). A lista de referência no final do manuscrito deve ser numerada de acordo com a sequência em que os autores foram citados no texto. Os títulos das revistas devem ser abreviados de acordo com a lista de periódicos

Indexados para MEDLINE (<https://www.nlm.nih.gov/bsd/journals/online.html>).

- Incluir apenas referências estritamente relevantes ao tema abordado, atualizadas (dos últimos 10 anos) e de abrangência nacional e internacional. Evitar incluir um número excessivo de referências na mesma citação e concentração de citações para o mesmo periódico. Os autores são de total responsabilidade pela exatidão das referências.
- **Figuras:** tabelas, gráficos e figuras, no máximo cinco, devem ser obrigatoriamente inseridos no corpo do texto, sem informações repetidas e com títulos

informativos e claros. As tabelas devem conter em seus títulos a localização, estado, país e ano da coleta de dados. Quando não elaboradas pelos autores, todas as ilustrações devem indicar a fonte apropriada.

- **Apoio financeiro:** Declarar o nome de instituições públicas e privadas que forneceram financiamento, assistência técnica ou outra ajuda. Essas informações devem ser fornecidas na página do título.
- **Siglas:** Restritas ao mínimo. Elas devem ser explicadas na íntegra na primeira vez em que aparecem no texto. Não usar siglas ou abreviaturas no título ou resumo.



SCIENCE

www.revistascience.com