

SCIENCE

Vol. 3, No. 1 (jan./mar. 2022)

CULTURA
ORGANIZACIONAL
E GESTÃO DA
QUALIDADE:
INTER-RELAÇÃO
COM A MELHORIA
CONTÍNUA



SCIENCE

Vol. 3, No. 1 (jan./mar. 2022)

Editora-chefe

Mara Márcia Machado

Editor-executivo

Jadson Costa

Editor Científico

Fabício dos Santos Cirino

Conselho Editorial

Amanda Figueiredo Bittencourt

Comitê Científico

Elizabeth Fernandes Reis Lucianna

Reis Novaes Michel Matos de

Barros Andrea Fernandes Vieira

Direção de arte - diagramação DK

Studio

Bia Gomes

Edição e revisão

Mariana Leite

Dalila Alves

Fotos

Shutterstock



Carta da editora

Encerramos 2021 trazendo uma dose de otimismo em nossa última edição, comemorando o primeiro aniversário deste periódico. Nesta primeira edição de 2022, reforçamos a dosagem ao apresentar, explorar e discutir inúmeras oportunidades e cenários cuidadosamente construídos ao longo dos últimos dois anos, e que hoje são uma realidade para profissionais, empresas e o ecossistema da saúde.

Os processos de inovação e identificação dos ciclos de melhorias em suas rotinas, sejam elas assistenciais ou administrativas, levantam questões sobre como as organizações de saúde estão, ou não, comprometidas com as práticas de qualidade e segurança, assim como quais fatores podem contribuir para uma maior eficiência da gestão em saúde.

Embora a literatura científica e o jornalismo atual demonstrem interesse nas temáticas de gestão da qualidade, até pelo contexto em que vivemos, nos serviços de saúde há uma falta de concordância e clareza sobre seu conceito, definições, dimensões-chave e a relação entre qualidade e desempenho organizacional.

A implementação da gestão da qualidade exige reformas radicais, muitas vezes intransponíveis em áreas organizacionais básicas, pois a governança necessita atuar em estruturas como a cultura e o estilo de liderança.

Todos os trabalhos aqui apresentados deram ênfase ao envolvimento da alta administração da organização na promoção de culturas de qualidade avançadas em todos os níveis organizacionais.

Esta é a primeira **Revista Science** do ano e, além de um feliz 2022, desejamos a todos uma boa leitura com muitos *insights* para aproveitar novas oportunidades.

Mara Márcia Machado
Editora-chefe

Sumário



- | | | | |
|-----------|---|-----------|--|
| 05 | Editorial 1
Impacto da inteligência emocional do profissional de saúde na <i>performance</i> das organizações em tempos de pandemia | 31 | Relato de Experiência 4
Programa de certificação por distinção em unidades de terapia intensiva como diferencial estratégico |
| 08 | Relato de Experiência 1
Mapeamento de risco assistencial: desafios encontrados durante implementação por uma operadora de saúde | 40 | Relato de Experiência 5
Implantação do fluxo para distribuição de recursos escassos durante a pandemia de covid-19 |
| 14 | Relato de Experiência 2
Redesenho dos processos da farmácia oncológica com elementos da mentalidade <i>lean</i> | 46 | Relato de Experiência 6
Estratégias de gestão do manejo clínico do paciente com suspeita ou confirmação de covid-19: impactos e resultados |
| 21 | Relato de Experiência 3
Modelo integrado da cadeia medicamentosa como ferramenta de qualidade em uma organização social de saúde | 57 | Institucional |
| | | 58 | Normas de submissão |

Impacto da inteligência emocional do profissional de saúde na *performance* das organizações em tempos de pandemia

Kaléu Mormino Otoni^a

^a Graduação em Farmácia pela Universidade Paulista (Unip); especialização em Farmácia Oncológica pelo AC Camargo Cancer Center; MBA em Gestão em Saúde pela Universidade de São Paulo (USP); mestrando do Programa de Saúde da Mulher e da Criança da Universidade Federal do Ceará (UFC); diretor geral do Hospital Maternidade Jesus Maria José; Quixadá/CE.

Neste mundo globalizado e em constante mudança, o emprego da inteligência emocional (IE) ganhou destaque no ambiente corporativo por ser capaz de favorecer a atuação dos profissionais e a otimização de seu desempenho. Logo, a maior assertividade nas tomadas de decisão, levando a uma maior eficiência das organizações, fez com que a manutenção dos serviços de saúde e seu preparo para o impacto gerado pelo contexto pandêmico se mantivessem equilibrados entre a gestão e a assistência.

Torna-se relevante que o gestor compreenda as emoções das pessoas, característica que dá sentido à vida¹, para atuar com seus times e manter a execução dos serviços de saúde integralmente, desenvolvendo na equipe o sentimento de valorização, o raciocínio e a comunicação entre os profissionais².

O sucesso e as conquistas de um indivíduo na vida profissional e pessoal sempre foram alvo de busca. Se no passado o sucesso era associado exclusivamente às aptidões cognitivas, esta tese tem sido derrubada com o crescimento do conceito de IE^{3,4}, capaz de promover a escolha da carreira, o relacionamento interpessoal no trabalho, a resolução de conflitos, a escuta e o autoconhecimento⁵.

Atualmente, o ambiente corporativo exige do profissional qualificações que vão muito além de conhecimentos teórico-técnicos. Nota-se a necessidade de o profissional ter um olhar diferenciado e ter equilíbrio em suas habilidades emocionais – principalmente

agora, no cenário caótico imposto aos profissionais de saúde pela pandemia em que nos encontramos.

Explicando a inteligência emocional, Goleman afirma que ela identifica o talento como a habilidade de se motivar e persistir diante de frustrações; conter impulsos e prorrogar a satisfação pessoal; ajustar o próprio estado de espírito e impedir que a aflição invada os pensamentos; criar empatia e esperar⁶.

Assim, o gestor de saúde atual precisa entender esse novo modelo como capaz de proporcionar ao ser humano a identificação de seus próprios sentimentos, bem como os dos outros; de motivar os demais; e de gerenciar adequadamente suas emoções e seus relacionamentos. Essa concepção é ainda mais essencial quando passamos por um período em que o profissional de saúde se vê obrigado a abdicar de momentos com seus pares para se dedicar ao cuidado ao próximo.

As organizações carecem desse colaborador mais inteligente emocionalmente e capaz de empregar suas competências para identificar situações que merecem sua atenção e obter maior controle sobre elas, aumentando indicadores de produção e qualidade⁷.

Já está comprovado que investir no autodesenvolvimento de colaboradores diminui as intercorrências e as pressões relacionadas ao trabalho, tornando-os mais produtivos e sábios⁸. Portanto, a compreensão de que a força de trabalho nos serviços de saúde necessita de apoio e preparo certamente resultará em mais satisfação e eficiência, além de menos desgaste por parte desses nossos verdadeiros heróis.

REFERÊNCIAS

1. Rosa ABG, Cordeiro LP. Inteligência Emocional como competência no ambiente de trabalho. Rev. Inic. Cient. [Internet]. Ulbra. 2015 [cited 2022 Feb 13];13:137-148. Available from: <http://www.periodicos.ulbra.br/index.php/ic/article/download/1415/1187>
2. Bendassolli PF. Afeto Sob Controle. GV-executivo [Internet]. 2013 [cited 2022 Feb 13];2(2):63-67. Available from: <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/gvexecutivo/article/view/34898>

3. Vieira-Santos J, Lima DL, Sartori RM, Schelini PW, Muniz M. Inteligência emocional: revisão internacional da literatura. Estudos Interdisciplinares em Psicologia [Internet]. 2018 [cited 2022 Feb 13];9(2):78-99. Available from: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/eip/article/view/27475>
4. Leite ED, Silva MJP, Pontes PHA. O uso da inteligência emocional: como ferramenta da gestão pública na tomada de decisões. Rev. Psicol. Saberes [Internet]. 2019 [cited 2022 Feb 13];8(11):305-319. Available from: <https://revistas.cesmac.edu.br/index.php/psicologia/article/view/987#:~:text=Conclui%2Dse%20que%20a%20Intelig%C3%Aancia,%3B%20Tomada%20de%20Decis%C3%A3o%3B%20Compet%C3%Aancia>
5. Salovey P, Caruso D. Liderança com inteligência emocional: liderando e administrando com competência e eficácia. São Paulo: M. Books; 2007.
6. Goleman D, Boyatzis R, Rhee K. Agrupando as competências de inteligência emocional: visões do Emotional Competence Inventory. Manual de Inteligência Emocional: teoria, desenvolvimento, avaliação e aplicação na casa, na escola e no trabalho. Porto Alegre: Artmed Editora; 2002.
7. Rohlander D. O código CEO: o segredo dos grandes líderes da atualidade. São Paulo: Universo dos Livros; 2013.
8. Banachi DCD, Bazoli TN. Coaching e a sua importância no aperfeiçoamento de líderes: um estudo exploratório realizado com a coach Kátia Marcos Gomes. Rev. Eletr. Inesul. 2011 [cited 2002 Feb 13];11(1). Available from: https://www.inesul.edu.br/revista/arquivos/arq-idvol_12_1295379877.pdf

Mapeamento de risco assistencial: desafios encontrados durante implementação por uma operadora de saúde

Simone de Moraes Damian^a; Morgana Andrade Borges de Lima^b;
Vera Lucia da Silva^c; Edenise de Souza Ferreira^d

Resumo

Este artigo relatou a experiência dos profissionais do Núcleo de Qualidade Assistencial de uma operadora de saúde suplementar em Curitiba, Paraná, durante a realização do mapeamento de riscos assistenciais. Esse setor presta suporte aos serviços de atendimento de baixa e média complexidade, abrangendo atenção primária à saúde, ambulatorios e atenção domiciliar. O mapeamento de riscos foi composto pelas seguintes etapas: (i) identificação do risco, contemplando

^a Graduação em Enfermagem pela Universidade Regional Integrada do alto Uruguai e das Missões (URI); especialização em Enfermagem do Trabalho pelo Centro Universitário UNINTER e Hematologia, Hemoterapias e Terapias de Suporte pela UNILEYA; enfermeira analista do Núcleo de Qualidade Assistencial da Unimed Curitiba; Curitiba/PR.

^b Graduação em Enfermagem pelo Centro Universitário Campos de Andrade (Uniandrade); especialização em Enfermagem em Terapia Intensiva pela Faculdade Inspirar; enfermeira júnior do Núcleo de Qualidade Assistencial da Unimed Curitiba; Curitiba/PR.

^c Graduação em Administração pela Faculdades Integradas Santa Cruz de Curitiba (FADESC); especialização em Gestão em Serviços de Saúde pelo Centro Universitário (FAE); analista administrativo do Núcleo de Qualidade da Unimed Curitiba; Curitiba/PR.

^d Graduação em Enfermagem pelo Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais (CESCAGE); especialização em UTI Neonatal pela FACEAT; MBA em Gestão e Controle de Infecção Hospitalar pelas Faculdades Pequeno Príncipe; analista de gestão do Núcleo de Qualidade da Unimed Curitiba; Curitiba/PR.

causas e efeitos; (ii) análise de gravidade e probabilidade; (iii) barreiras para mitigação e monitoramento. A metodologia utilizada para a avaliação foi a *Failure Mode and Effect Analysis*.

Palavras-chave: Paciente; Risco; Segurança.

INTRODUÇÃO

Na busca constante pela segurança nos atendimentos, as instituições prestadoras de serviços de saúde desenvolvem ações para redução de riscos e danos relacionados ao cuidado assistencial. Essa visão faz necessário conhecer os riscos a que o paciente está exposto e promover estratégias para mitigação de danos associados ao cuidado. A implantação de barreiras e o monitoramento para identificar se tais estratégias estão sendo realizadas é importante para a gestão de sua efetividade ou, caso não sejam eficazes, para determinar a necessidade de implantação de novas ações.

Sabe-se que o cuidado em saúde, que antes era mais simples, menos efetivo e relativamente seguro, passou a ser mais complexo e mais efetivo, porém potencialmente perigoso¹. Conforme Pereira, Harara, Pedreira e Peterline (2006), em sua primeira edição da obra *O Erro humano e a segurança do paciente*, ocorrem por ano, quase 100 mil mortes de norte-americanos em razão de eventos adversos ocorridos em instituições de saúde relacionados a falhas na assistência².

Assim, as instituições de saúde necessitam organizar e gerenciar os serviços que prestam, considerando que os profissionais podem e irão cometer falhas para estabelecer mecanismos a fim de evitar que tais falhas atinjam o paciente – e se atingirem, que os danos sejam os menores possíveis.

Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), um evento adverso é definido como qualquer ocorrência assistencial indesejável que resulte em prejuízos ao

paciente, não estando relacionado a evolução da doença do paciente. Relata que a maioria dos eventos adversos associados a assistência são evitáveis³.

O gerenciamento de riscos assistenciais nas instituições de saúde proporciona a identificação da provável causa-raiz que ocasionou o dano ou incidente, possibilitando a definição de estratégias para a tomada de decisão. De acordo com a OMS, quatro em cada dez pacientes sofrem danos durante a atenção primária e ambulatorial³.

Com base nesses dados, as instituições de saúde precisam fazer a análise relacionada ao custo-benefício dos atendimentos assistenciais prestados, assim como demandar estratégias para implementação e disseminação de uma forte cultura de segurança do paciente dentro da instituição⁴.

Este artigo teve o objetivo de relatar os desafios encontrados pelos profissionais do Núcleo de Qualidade Assistencial ao realizar o mapeamento de riscos assistenciais em uma instituição de saúde de baixa e média complexidade.

METODOLOGIA

O mapeamento de riscos assistenciais foi realizado entre janeiro e agosto de 2021 em uma instituição de saúde que presta serviços de atenção primária, ambulatoriais e de atenção domiciliar na cidade de Curitiba, no Paraná.

Primeiramente, foi apresentado aos colaboradores envolvidos o instrumento *Failure Mode and Effect Analysis* (FMEA), metodologia amplamente utilizada

nos serviços de saúde, além de ser um procedimento analítico cujo objetivo é analisar os componentes de um processo, identificando seus modos de falha.

Na sequência, foram realizadas entrevistas com os colaboradores envolvidos, conforme suas áreas de atuação, para identificar os riscos em cada processo dentro dos diferentes microssistemas. As informações obtidas foram comparadas com os indicadores de notificação de incidentes e eventos adversos do serviço, propiciando a identificação das possíveis causas que ocasionariam a materialização do risco e dos efeitos indesejados provocados por sua concretização⁵.

Então, a análise do risco foi realizada, contemplando a probabilidade, a gravidade e a situação atual e associando esses itens às ações de controle e mitigação por meio da classificação e identificação das barreiras de monitoramento, assim como à aplicação dos protocolos e documentos que possibilitaram as análises de efetividade dessas ações.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante as entrevistas, foram identificados alguns desafios que poderiam apresentar certo risco à segurança do paciente, necessitando de grande esforço na implantação da gestão de riscos e no desenvolvimento das equipes, com visão de cultura da segurança na padronização dos processos e normas de trabalho. Criaram-se alguns processos e rotinas para facilitar a identificação e o monitoramento desses possíveis riscos.

Um dos pontos identificados foi a atualização cadastral dos pacientes com relação ao peso e ao histórico de alergia. Nesse sentido foi necessário estimular os profissionais a reconhecer a relevância dessas informações, com foco em terem um processo cada vez mais seguro nos cuidados assistenciais.

Protocolos assistenciais foram desenvolvidos com subsídio nas metas internacionais de segurança do

paciente. Além disso, foram disseminados com eficiência, exigindo o envolvimento e comprometimento de todos os profissionais e equipes, incluindo aqueles com funções administrativas e as lideranças, para que houvesse respaldo e adesão às novas práticas. Foi criada uma campanha denominada “Seguramente”, como forma de incentivar e demonstrar de forma lúdica, por meio de personagens, a importância da adesão aos protocolos. Essa campanha foi amplamente divulgada aos colaboradores de toda a instituição pelos diferentes canais de comunicação (intranet, *e-mail* e *WhatsApp*). Essas ações promoveram a internalização da importância das práticas para a redução de eventos adversos e da exposição dos pacientes ao risco assistencial, bem como de envolver maior participação dos pacientes e seus familiares nas notificações de incidentes e eventos adversos identificados.

Para realizar a identificação dos riscos, foram utilizadas como referência as notificações de incidentes e eventos adversos. Porém, ao avaliar os dados juntamente com os envolvidos nos processos, constatou-se a ausência de registro de algumas falhas, bem como serviços que não possuíam registro de notificações. Com isso, ficou evidenciada a condição de subnotificação, o que impactou a análise de probabilidade.

Com o serviço em constante evolução em termos de cultura da segurança, o Núcleo de Qualidade Assistencial, em parceria com as lideranças, iniciou ações para reforçar a divulgação da importância de notificar os eventos e os “quase erros” cometidos por qualquer profissional, pois essas informações auxiliam a implementação de práticas para evitar ou mitigar eventos adversos.

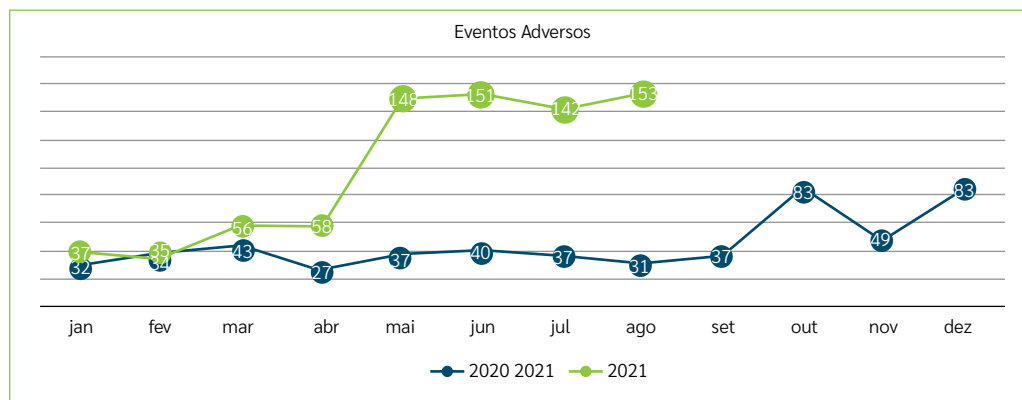
Um canal de notificação anônima seria uma importante ferramenta para desmitificar que as falhas estão relacionadas ao colaborador, possibilitando que as análises fossem realizadas com base exclusivamente no processo. Para tanto, o envolvimento das lideranças na análise das causas de incidentes/eventos com uma visão não punitiva seria substancial para consolidar

a minimização da geração de danos. Dessa forma, o profissional sente-se mais acolhido e estimulado a desenvolver a melhoria de seus processos; com o esforço de dificultar a ocorrência de erro ou falha, implementando barreiras e monitorando sua efetividade, promovendo um ambiente de trabalho mais leve, motivando as equipes e, conseqüentemente, aumentando o número de notificações, possibilitando a melhoria e evolução nos processos.

Parte fundamental nessa evolução, o Núcleo de Qualidade Assistencial começou a participar das reuniões setoriais e apresentar os indicadores de notificação segregados por setor, incentivando a notificação.

O Gráfico 1 apresenta a comparação do índice de notificações em 2020 com o índice de janeiro a agosto de 2021, demonstrando a efetividade das ações de incentivo desenvolvidas.

Gráfico 1 – Número de notificações de incidentes e eventos adversos em um hospital de baixa e média complexidade em Curitiba/PR, de janeiro a dezembro de 2020 e de janeiro a agosto de 2021.



Fonte: elaboração dos autores

Com o aumento no número de notificações de incidentes e eventos adversos, identificou-se a necessidade de auxiliar os setores na análise das causas, empregando ferramentas da área de qualidade para investigação. Quando se percebeu que os setores estavam sobrecarregados ao realizar a análise de causa e desenvolver ações corretivas para cada notificação, foi iniciado um trabalho com as equipes para a identificação das motivações dos eventos, pois havia notificações iguais sobre pacientes diferentes.

Com essa gestão das notificações, os setores vêm desenvolvendo suas ações corretivas de forma mais efetiva, embora ainda seja um desafio trabalhar nos colaboradores um foco na solução, e não no problema – e isso é importante porque é o foco na solução

que evita que o paciente sofra algum dano. Uma ação estratégica de estímulo à notificação tem sido a divulgação, para os colaboradores, de todas as ações que estão sendo realizadas para melhoria do processo.

Os treinamentos dos colaboradores foram desenvolvidos como ação de mitigação dos eventos, porém foi esclarecido que a participação em um treinamento não garante a ausência de erros – até porque as falhas não são intencionais. Portanto, os colaboradores foram incentivados a fazer uma análise de aproveitamento das atividades de capacitação propostas.

A consolidação das ações é grandemente condicionada pela comprovação de que a busca por melhores resultados nos indicadores está sendo bem-sucedida. Para essa constatação, implantaram-se atividades de

acompanhamento da rotina, aplicação de avaliações e *feedbacks*, auditorias, escuta ativa, reuniões com a equipe multidisciplinar e monitoramento de acordos com serviços críticos, fazendo com que os colaboradores se responsabilizassem por gerir processos mais seguros e voltados à satisfação do cliente.

Os colaboradores foram convidados a fazer uma reflexão sobre fatores ambientais e distrações que podem influenciar a ocorrência de eventos, tais como barulhos, ruídos e interrupções durante o atendimento, que podem ser ocasionados por toque do telefone, sons de aplicativos de comunicação e ausência da placa de sinalização de livre/ocupado nos consultórios. Entre os desfechos desfavoráveis que os eventos podem trazer para o usuário ou a instituição, vale destacar aqueles que se mostraram relevantes neste estudo: diagnóstico e tratamento inadequado, procedimento incorreto, piora clínica, óbito, aumento de custos financeiros, insatisfação do paciente e judicialização.

Alguns fatores no setor de gestão de pessoas também podem colaborar para a materialização dos riscos, como sobrecarga de trabalho – seja pela demanda de serviço, seja pela complexidade das atribuições, seja pelos indicadores de absenteísmo e *turnover* – e assunção de mais de uma responsabilidade ao mesmo tempo. Como forma de controle desses fatores de risco, ações podem ser direcionadas ao dimensionamento do pessoal, a partir de uma análise da capacidade instalada, do quadro funcional e das demandas de trabalho, de forma a identificar desperdícios de pessoas e recursos, retrabalhos e fragmentações em processos e a tornar a comunicação mais integrada, clara e de fácil acesso.

A utilização de sistema informatizado efetivo no serviço de saúde é uma ferramenta que auxilia e minimiza as falhas, porém há a necessidade de aprimoramento desse item. Informações como bloqueios, alertas e campos obrigatórios de preenchimento são formas de estruturação que podem diminuir a exposição do paciente ao risco.

Por fim, identificou-se que a instituição deve compor um plano de contingência sólido, conciso e atualizado para cada situação ainda não contemplada, pois isso auxilia o profissional a tomar decisões quando se depara com situações fora da normalidade. Esse plano de contingência deve ser constantemente divulgado e ser acessível aos envolvidos.

CONCLUSÃO

Com o mapeamento de riscos assistenciais, concluiu-se ser de suma importância que os serviços de saúde se conscientizem cada vez mais sobre a necessidade de identificar o risco a que o paciente está exposto e de sempre manter seus processos e normas de trabalho atualizados, divulgados e acessíveis aos colaboradores.

Cada paciente requer um planejamento de cuidado individualizado, sendo necessárias ações e estratégias para redução ou mitigação de danos, pois, quando se avalia o efeito da materialização do risco no paciente, é possível mensurar quão devastador o evento pode ser para a instituição.

Ações simples podem ser de grande valia na busca de diminuição dos eventos, como o envolvimento dos colaboradores e das lideranças, promovendo um foco não punitivo e uma cultura justa.

REFERÊNCIAS

1. Dailey KW. The FMEA Pocket Handbook: failure mode and effect analysis. DW Publishing; 2004. 40p.
2. Pereira S, Harada M, Pedreira M, Peterlini M. O erro humano e a segurança do paciente. 1 ed. São Paulo: São Paulo; 2006.
3. Organização Pan-Americana da Saúde. OMS pede ação urgente para reduzir danos aos pacientes na área da saúde. Notícias [Internet]. 2019 Set 13 [cited 2022 Jan 21]. Available from: <https://www.paho.org/pt/noticias/13-9-2019-oms-pede-acao-urgente-para-reduzir-danos-aos-pacientes-na-area-da-saude>.
4. Magalhães ANM; Riboldi CO, Dall'Agnol CM. Planejamento de recursos humanos de enfermagem: desafio para as lideranças. Rev Bras Enferm [Internet]. 2009 [cited 2021 Sep 28];62(4):608-612. Available from: <https://www.scielo.br/j/reben/a/z9Y5q3J8nzFBzJ3WWdcbrHz/?format=pdf&lang=pt>.
5. Servier. Farmacovigilância. S.d. [cited 2021 Sep 28]. Available from: <https://servier.com.br/farmacovigilancia/>.

Redesenho dos processos da farmácia oncológica com elementos da mentalidade *lean*

Camila Moraes dos Santos^a

Resumo

O serviço de farmácia do Instituto de Oncologia do Vale, centro especializado localizado em São José dos Campos e Taubaté, no estado de São Paulo, devido a sua diversidade e complexidade técnica, apresenta muitos processos operacionais, que envolvem toda a cadeia medicamentosa de forma direta ou indireta. Encontrar uma maneira de garantir estabilidade, manutenção e controle de todas as ações e sua aplicabilidade na rotina diária tornou-se um desafio, ou seja, uma oportunidade de melhoria. Com inspiração na cultura organizacional de uma grande indústria do ramo automobilístico e na trajetória do próprio Instituto de Oncologia do Vale na jornada *lean*, foram implantados alguns elementos para realizar o gerenciamento desses processos: Trabalho Padronizado, *Training Within Industry* (treinamento dentro da indústria) e *Kamishibai*. Isso proporcionou estabilidade e controle dos processos, bem como treinamento efetivo. Em um período de 12 meses, 100% dos processos foram atualizados, fazendo dessa forma de gestão uma prática rotineira e muito mais segura para pacientes e colaboradores.

Palavras-chave: Mentalidade *lean*; Processos assistenciais em saúde; Trabalho Padronizado na Saúde; *Training Within Industry*; *Kamishibai*.

^a Graduação em Farmácia Bioquímica pela Universidade de Marília (Unimar); especialização em Farmacologia Clínica e MBA em Farmácia Clínica pela Faculdade Oswaldo Cruz; especialização em Administração Hospitalar pelo Centro Universitário São Camilo; especialista em Farmácia Oncológica e coordenadora de Farmácia do Instituto de Oncologia do Vale; São José dos Campos/SP.

INTRODUÇÃO

A padronização dos processos assistenciais é essencial para garantir a segurança e a estabilidade nos serviços de saúde, reduzindo as variações das operações. Essa padronização envolve a descrição das etapas das atividades, atendendo às legislações vigentes, obrigatoriamente documentada e atualizada periodicamente ou sempre que necessário e disponibilizada facilmente para toda equipe, a fim de minimizar as chances de ocorrências de erros¹.

Entretanto, nem sempre acontece dessa forma, pois muitas são as dificuldades encontradas que tornam o processo muito instável e inseguro para sua realização. No serviço de farmácia oncológica, muitos processos envolvem a cadeia medicamentosa, tais como a compra de medicamentos, a qualificação de fornecedores, o preparo da medicação, o fluxo de notificação da farmacovigilância, a farmácia clínica e tantos outros. Assim, os desafios encontrados são diversos, principalmente o gerenciamento de um número tão robusto de documentação e sua aplicabilidade na rotina diária².

O Instituto de Oncologia do Vale (IOV), centro especializado em diagnóstico e tratamento de câncer localizado em São José dos Campos e Taubaté, São Paulo, implantou jornada *lean* para melhorar e controlar seus processos e agregar valor aos pacientes e colaboradores, diminuindo os desperdícios e aumentando a segurança da assistência³.

Atualmente, muitas instituições de saúde utilizam os elementos da mentalidade *lean* como um sistema de gestão. *Lean* é uma filosofia originada na indústria – como cultura organizacional de uma grande indústria do ramo automobilístico – e, até hoje, influencia muitas empresas, inclusive do setor de saúde, mais recentemente⁴.

A crise pós-guerra no Japão, nos primeiros anos após 1945, e mais especificamente nessa empresa

montadora de veículos, tornou necessário aumentar a produtividade com poucos recursos, produzindo apenas no momento em que houvesse demanda. Para conseguir esse feito, foi preciso fazer diferente dos norte-americanos na época, que ainda faziam a chamada produção em massa. Com a falta de mão de obra especializada, a montadora iniciou a padronização e o detalhamento pormenorizado de cada tarefa, com a exposição dessas informações nos locais de trabalho – prática denominada Trabalho Padronizado. Associada a outros elementos, essa ação permite realizar treinamentos sobre os padrões dos processos e mensurar o controle de sua efetividade^{5,6}.

Este trabalho teve como objetivo geral demonstrar como a metodologia de organização dos processos foi empregada no IOV para que todo o seu setor de farmácia otimizasse a padronização, os treinamentos e o controle de atualização em um período de 12 meses.

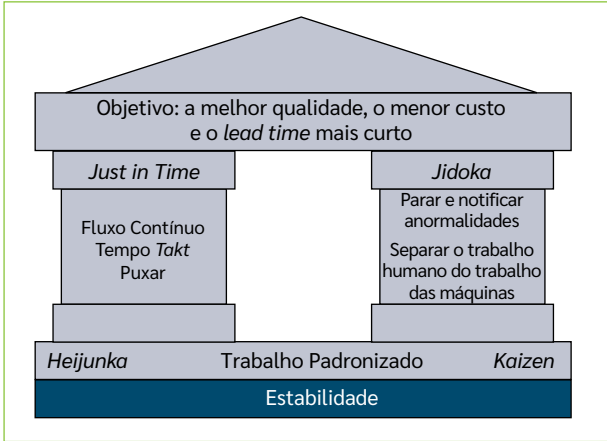
METODOLOGIA

Trata-se de relato da experiência de implantação da mentalidade *lean* para garantir a padronização, o treinamento e o controle dos processos da farmácia no Instituto de Oncologia do Vale (IOV) por meio de três ferramentas prioritárias: Trabalho Padronizado, *Training Within Industry* (treinamento dentro da indústria, TWI) e *Kamishibai*⁷.

Essas ferramentas de gestão podem ser conceitualizadas da seguinte forma:

- **Trabalho Padronizado:** representado na Figura 1, é a base de gerenciamento dos processos de uma montadora de veículos de origem japonesa e vai ao encontro do que a área da saúde precisa: estabilidade dos processos, com diminuição da variabilidade nos produtos gerados e, conseqüentemente, elevação de sua segurança⁴.

Figura 1 – Representação gráfica para a fundamentação teórica do Trabalho Padronizado



Fonte: Lean Institute Brasil⁸

Para a aplicação do Trabalho Padronizado, dá-se preferência à exposição de forma mais visual possível, buscando locais mais próximos às estações de trabalho, o que facilitaria a consulta da atividade ali descrita sempre que fosse preciso executá-la.

Além da descrição das atividades a serem realizadas, também se descreve a tarefa crítica de cada atividade, ou seja, o ponto decisivo ou o de maior relevância

que corrobora para que o colaborador a execute com maior precisão e segurança. A descrição do motivo lógico para a execução é o grande destaque do método utilizado para a padronização, pois facilita a compreensão e o maior envolvimento da equipe⁷.

A Figura 2 apresenta um exemplo da descrição de atividade no IOV.


Figura 2 – Modelo de Trabalho Padronizado na unidade de farmácia do Instituto de Oncologia do Vale

IOV INSTITUTO ONCOLÓGICO DO VALE				
TP Nº 16.003 SJC HIGIENIZAÇÃO DE MATERIAL – POSTO 3 (RDC 220 8.1)				
Data: 05/08/2020 Revisão: 01ª Data: 06/02/2021 Responsável: Erika Corrêa CRP 73559 Revisor: Maria Inês Aprovado: Luciana Albuquerque				
PASSOS	ETAPAS	ATIVIDADE CRÍTICA	MOTIVO	IMAGEM
1	Confrontar nome, data de nascimento e medicamento da prescrição com a etiqueta.	Verificar os dados do paciente e o próximo medicamento a ser manipulado (dosagem, diluentes). Atenção a medicamento X Convênio.	RCP de identificação e duplo check do medicamento a ser manipulado.	
2	Apoiar os frascos, ampolas de medicamentos ou diluentes a serem higienizados na bandeja da pia.	Usar luvas de procedimento.	Segurança contra quedas e quebras.	
3	Disponibilizar o diluente para os medicamentos em pó que serão diluídos.	Colocar o diluente adequado para cada medicamento (SF, API) e somente a quantidade necessária para aquela dose, de acordo com a tabela de manipulação.	Duplo check da diluição.	
4	Bombar álcool 70% nos frascos, ampolas e diluentes.	EXCEÇÃO – ampolas de BCG não devem passar por este processo, elas devem ser higienizadas dentro da CBG com gaze levemente embebida em álcool.	Limpeza externa dos frascos para reduzir suidades (pó e microorganismos). RDC 220 8.3.3	
5	Secar os frascos ou ampolas com pano absorvente observando a coloração das soluções e pós, a presença de precipitados nas soluções. RDC 220 5.3.2	Trocar os panos absorventes a cada período ou se necessário devido a liberação de partículas. Não utilizar quando as especificações não estiverem de acordo ou com suspeita de degradação ou má qualidade.	Completar a higienização e evitar frascos molhados para área de manipulação que podem escorregar das mãos e cair.	
6	Colocar medicamentos na bandeja "medicamentos para manipular" do pass through.	Sempre utilizar lado direito de entrada do pass through.	Disponibilizar material para área de manipulação.	
7	Os soros a serem armazenados na área de manipulação devem ser higienizados conforme passo 2.	Sempre utilizar lado direito de entrada do pass through.	Disponibilizar material para área de manipulação.	
REVISÃO:	MPR: 05/08/2020	MPR: 06/02/2021	MPR: 05/08/2020	
MATERIAIS:	Borrifador com álcool 70% higienizado com data de abertura, panos absorventes, bandeja de transporte (PPE), recipientes de higienização, frascos de ampolas de medicamentos etc. Soros, diluentes.			

• **Training Within Industry (treinamento dentro da indústria, TWI):** desenvolvido nos Estados Unidos logo após a Segunda Guerra Mundial, foi um método de treinamento compartilhado com o Japão na época e ainda hoje é amplamente utilizado. É um método de treinamento rápido e efetivo, dividido em duas fases principais:

- a primeira fase corresponde às etapas do processo, às atividades críticas desse processo e ao motivo lógico da execução de cada uma dessas etapas;
- a segunda fase trata de explicar em voz alta todas as etapas descritas nas colunas da primeira fase, de forma que o colaborador visualize, entenda e diga o que foi aprendido durante a capacitação⁶.

Figura 3 – Modelo de TWI usado no treinamento da equipe de farmácia do Instituto de Oncologia do Vale

IOV INSTITUTO DE ONCOLOGIA DO VALE		TWI Nº16.34 AUDITORIA DE ESTOQUE		Data: _____		Data: 27/01/22 Revisão nº 02 Data: 22/04/19 Responsável: Gabriela Provesan CRF 63043 Revisor: Edgley Sacramento J. Bellina Silveira Aprovador: Camilo Moraes		
Nome do Colaborador: _____				Data: _____				
PARTE	ETAPAS	ATIVIDADE CRÍTICA	MOTIVO	IMAGENS	OBSERVE	EXECUTE	EXPLIQUE	OK? VISTO/EXPLIQUE
Periodicidade: Trimestral. Responsável: Farmacêutico								
1	Separar anexo ANEXO 1 TP 16.034 - CHECK LIST DE AUDITORIA NO ESTOQUE.	Preencher. Mês e Ano.	Seguir diretrizes para avaliação do local.	 <p>1. Imagem de referência:</p> <p>2. Imagem de referência:</p> <p>3. Imagem de referência:</p> <p>4. Imagem de referência:</p>	() () () () ()	() () () () ()	() () () () ()	___/___/___
2	Dirigir-se ao setor de logística/suprimentos.	Não é necessário avisar antecipadamente aos responsáveis.	Iniciar o processo de visita o local.		() () () () ()	() () () () ()	() () () () ()	___/___/___
3	Pedir autorização para o responsável.	Nem sempre é necessário que um dos colaboradores do setor acompanhe o farmacêutico.	Processo.		() () () () ()	() () () () ()	() () () () ()	___/___/___
4	Seguir o check list item a item.	Anotar as respostas e possíveis observações e na situação de não conformidades dirigir-se ao responsável e questionar.	Processo.		() () () () ()	() () () () ()	() () () () ()	___/___/___
5	Finalizar o check list com assinatura do responsável farmacêutico e do setor.	Datar e listar as não conformidades.	Evidenciar.		() () () () ()	() () () () ()	() () () () ()	___/___/___
6	Abrir alertas de segurança para cada não conformidade encontrada.	Descrever com clareza cada não conformidade e colocar no quadro do setor.	Processo da qualidade/ evidenciar e tratar.		() () () () ()	() () () () ()	() () () () ()	___/___/___
7	Solicitar um prazo de 1 mês para devolutiva das ações do alerta.	Anotar no check list o resultado da ação executada.	Acompanhar se aplicação das melhorias foram efetivas.		() () () () ()	() () () () ()	() () () () ()	___/___/___
MATERIAIS:		Check list, caneta, prancheta, folhas de alertas se necessário.						
EPIS:		Não se aplica.						
ANEXOS:		Anexo 1 – ANEXO 1 TP 16.034 - CHECK LIST DE AUDITORIA NO ESTOQUE.						

• **Kamishibai:** método de auditoria diária interna dos processos, por meio de gestão visual e de um questionário rápido de escolha aleatória dos processos. Com seu emprego, é possível verificar se determinada atividade está atendendo ou não o padrão. De origem japonesa, o termo significa teatro de papel, muito comum nos templos budistas, e remete a "contar uma história"⁹. A indústria automobilística, mais uma vez inovando seu sistema de gestão, criou esse método para realizar suas auditorias, de forma

a demonstrar suas principais deficiências e, principalmente, suas ações de melhoria para a resolução das não conformidades apresentadas. No serviço de farmácia do IOV, empenhava-se muito esforço para a atualização dos padrões, o que muitas vezes levava tanto tempo, que, ao realizar a tarefa, já era percebida a necessidade de uma nova atualização. Com o *Kamishibai*, esse processo de atualização ocorre em tempo real e, com as auditorias diárias, já é possível identificar o que precisa melhorar.

Figura 4 – Modelo de *Kamishibai* utilizado no serviço de farmácia do Instituto de Oncologia do Vale

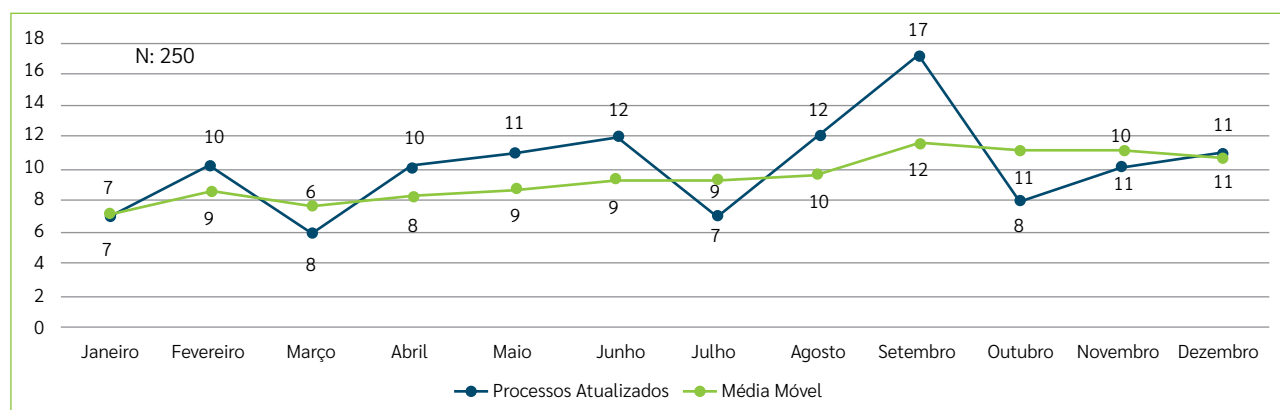


RESULTADOS

A farmácia oncológica do IOV possui 250 procedimentos, divididos entre processos com características operacionais (22%) e os relacionados diretamente ao preparo de medicamentos (78%). Com a implantação da mentalidade *lean*, as ferramentas de gestão complementares e a adesão da equipe a essa nova filosofia de trabalho, foi possível identificar:

- atualização de 100% dos processos em um período de 12 meses;
- treinamento de toda a equipe em relação a 100% dos processos que passaram por alterações ou atualizações;
- gerenciamento total dos documentos gerados em todos esses processos.

Gráfico 1 – Resultados dos trabalhos padronizados e revisados no Instituto de Oncologia do Vale em 2020



No Gráfico 1, pode-se verificar uma maior efetividade nas ações de revisão dos processos do IOV, haja vista que eles se mantiveram acima da média móvel na maioria dos meses de 2020, mesmo com a carga de trabalho acima do convencional devido à pandemia de covid-19.

Esse aumento de produtividade também pode ser visto na estratificação apresentada na Tabela 1, que representa o quanto cada elemento incorporado à gestão dos processos impactou positivamente o serviço de farmácia.

Tabela 1 – Resultados alcançados após a implantação dos elementos de gestão no serviço de farmácia do Instituto de Oncologia do Vale

FERRAMENTAS DE GESTÃO	2019	2020
Auditorias internas - <i>Kamishibai</i>	220 processos auditados	250 processos auditados
Atualização dos processos - Trabalho Padronizado	50% dos processos necessitaram de revisão	60% dos processos necessitaram de revisão
Treinamentos TWI	1 treinamento/mês	4 treinamentos/mês

DISCUSSÃO

No primeiro semestre de 2019, o IOV iniciou as revisões e a elaboração do Trabalho Padronizado e a auditoria interna dos processos com a aplicação do *Kamishibai*. Já em agosto e setembro de 2020, conforme mostra o Gráfico 1, observa-se um aumento no número de processos alterados pela ferramenta de Trabalho Padronizado, justificado pelo aprendizado organizacional gerado e pelo maior envolvimento da equipe com os elementos de gestão.

A partir de outubro de 2020, os números mantiveram-se mais constantes, pois foi a partir desse período que a ação tornou-se uma rotina diária. Com o *Kamishibai*, é possível planejar a quantidade de trabalhos padronizados que serão auditados durante o mês e, com a auditoria desses processos, é possível também saber quais deles passarão por alterações devido a mudanças na rotina, adequações à legislação e atualizações das técnicas de preparo de medicamentos.

Dessa forma, a atualização dos documentos e processos tornou-se mais efetiva e segura. A Tabela 1

apresenta os resultados alcançados no período de janeiro a dezembro de 2020, que, comparados com os de 2019, significam aumento de 12% nas auditorias internas, 10% nas atualizações e 75% nos treinamentos realizados (aplicabilidade do TWI).

CONCLUSÃO

Utilizar os elementos da mentalidade *lean* da indústria no setor da saúde ainda é um grande desafio. Porém, a experiência do serviço de farmácia do IOV gerou ótimos resultados em todas as áreas da instituição, possibilitando compartilhar as lições aprendidas a fim de buscar melhoria contínua. Enxergar os próprios processos de maneiras diferentes e buscar outras formas de torná-los mais seguros proporciona muito aprendizado e novas oportunidades. Atualmente, 100% dos processos padronizados estão descritos, e sua atualização ocorre em tempo hábil para proporcionar mais segurança e qualidade aos pacientes da instituição.

REFERÊNCIAS

1. Joint Commission Resources. O pensamento lean na saúde: menos desperdícios e filas e mais qualidade e segurança para o paciente. Rubenich R [translator], Cardoso J. Porto Alegre: Bookman; 2013.
2. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC no 67, de outubro de 2007. Dispõe sobre boas práticas de manipulação de preparações magistrais e oficinais para uso humano em farmácias [Internet]. 2007 [cited 2022 Jan 24]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2007/res0067_08_10_2007.html
3. Toussaint J, Gerard RA. Uma Transformação na Saúde: como reduzir custos e oferecer um atendimento inovador. Porto Alegre: Bookman; 2012.
4. Koichi S, Takajiro F, editors. O Nascimento do Lean. Porto Alegre: Bookman; 2011.
5. Jones D, Womack JP. A Máquina que Mudou o Mundo. Rio de Janeiro: Elsevier; 1992.
6. Ohno T. O Sistema Toyota de Produção: além da produção em larga escala. Schumacher C [translator], Motta PCD, Júnior JAVA. Porto Alegre: Bookman; 1997.
7. Pinto CF. Em Busca do Cuidado Perfeito: aplicando LEAN na saúde. São Paulo: Lean Institute Brasil; 2014.
8. Lean Institute Brasil. STT ou Toyota Away? [Internet]. 2016 [cited 2021 Jan 25]. Available from: <https://www.lean.org.br/artigos/445/stp-ou-toyota-way.aspx>
9. Japan House. Kamishibai conheça o teatro de papel. [Internet]. [cited 2021 Jan 25]. Available from: <https://www.japanhousesp.com.br/artigo/kamishibai-conheca-o-teatro-de-papel/>

Modelo integrado da cadeia medicamentosa como ferramenta de qualidade em uma organização social de saúde

Ristori Geralda Pinto^a; Gabriela Dantas Camelo^b; Amanda Evelyn da Silva^c; Daiane Leite de Almeida^d; Vinicius Menezes^e; Thalita Marques de Mesquita^f

Resumo

Tratou-se de relato de experiência da implantação de um modelo integrado da cadeia medicamentosa como ferramenta de qualidade no Instituto de Saúde e Cidadania (ISAC), organização social de

^a Graduação em Administração de Empresas pela Faculdade Pitágoras; especialização em Gestão Hospitalar e Gestão na Acreditação nos Serviços de Saúde Metodologia – ONA pelo Albert Einstein Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa; gestora de Qualidade do Instituto de Saúde e Cidadania (ISAC); Belo Horizonte/MG.

^b Graduação em Farmácia pela Universidade Federal de Alagoas (UFAL); coordenadora de Farmácia nas unidades de pronto atendimento Benedito Bentes e Trapiche da Barra, do Instituto de Saúde e Cidadania (ISAC); Maceió/AL.

^c Graduação em Farmácia pela Universidade Federal de Alagoas (UFAL); especialização em Farmácia Clínica pela Instituto Brasileiro de Pós-Graduação (IBRAS); mestrado em Biociências e Biotecnologia aplicadas à Farmácia pela Universidade Estadual Paulista (UNESP); farmacêutica da unidade de pronto atendimento do Instituto de Saúde e Cidadania (ISAC); Maceió/AL.

^d Graduação em Enfermagem pela Universidade Integrada Tiradentes (Unit); especialização em Gestão Hospitalar pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (Uncisal); mestrado em Sociedade, Tecnologias e Políticas Públicas pela Unit; gestora de Assistência do Instituto de Saúde e Cidadania (ISAC); Maceió/AL.

^e Graduação em Medicina pela Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD); especialização em Cardiologia pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC); subespecialização em Métodos Gráficos, Certificação em Gestão de Projetos em Saúde pela Sociedade Beneficente Israelita Albert Einstein e Univercity Paris Nanterre; gestor de Assistência e Qualidade do Instituto de Saúde e Cidadania (ISAC); Brasília/DF.

^f Graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (Uncisal); especialização em Auditoria e Gestão Hospitalar pelo Centro de Formação, Pós-Graduação e Pesquisa em Saúde (Cefapp); gestora de Qualidade do Instituto de Saúde e Cidadania (ISAC); Maceió/AL.

saúde presente em cinco estados brasileiros. Foi utilizada a metodologia *lean* para estruturação do processo em seis serviços de saúde, sendo quatro unidades de pronto atendimento e dois hospitais da rede pública geridos pelo ISAC. O mapeamento da cadeia medicamentosa como ferramenta integrada proporcionou o fortalecimento de práticas seguras na assistência ao paciente. Esse processo possibilitou oportunidades de identificação de riscos e barreiras, além do desenvolvimento das lideranças na difusão da cultura de qualidade, reconhecendo que a integração das áreas e a formação de times são estratégias que sustentam as melhorias.

Palavras-chave: Farmácia; Mapeamento de processos; Integração; Cadeia medicamentosa; Qualidade; Metodologia *lean*.

INTRODUÇÃO

As constantes mudanças nos serviços de saúde no cenário brasileiro influenciam diretamente novas modalidades de gestão hospitalar, com ênfase na qualidade da assistência prestada ao paciente. Consequentemente, os recursos tanto financeiros quanto humanos requerem a implantação de práticas seguras, o que, por sua vez, exige atividades educativas para sistematizar ações, a fim de detectar e analisar situações de risco ao paciente¹.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a segurança do paciente é a diminuição, até o mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário durante o cuidado de saúde. Dentre as principais ações propostas pela OMS, estão as seis Metas Internacionais de Segurança do Paciente, que devem ser medidas para a redução das falhas; a terceira meta apresenta valioso destaque, indicando a melhora da segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos^{2,3}.

Em uma unidade de saúde, o setor de farmácia hospitalar é responsável por inúmeras atividades que impactam a assistência e, por esse motivo, é considerado como sendo de alta complexidade, fundamental na gestão e prestação de serviços de saúde, principalmente no que se relaciona aos altos custos envolvidos. A farmácia hospitalar requer processos sistêmicos bem estabelecidos e que atendam a logística do suprimento de medicamentos e materiais,

desde a aquisição qualificada até o descarte de medicamentos, passando por diversas etapas (inclusive a distribuição)^{4,5}.

Um dos grandes propósitos das instituições de saúde é a integração de metodologias e processos que promovam a segurança no manuseio de medicamentos, com práticas efetivas que garantam eficiência e segurança de todos os envolvidos no cuidado. O olhar para a melhoria dos diferentes profissionais eleva a segurança no uso de medicamentos durante o cuidado prestado de maneira uniforme entre as unidades geridas. Sabendo disso, o Instituto de Saúde e Cidadania (ISAC) envolveu esforços e práticas das equipes no intuito de promover a integração e a padronização do fluxo de valor da cadeia de medicamentos, a fim de permitir maior adesão e comprometimento aos processos estabelecidos.

Fundamentado em toda a complexidade do setor de farmácia hospitalar, este trabalho teve como objetivo demonstrar a construção do método de integração para mapeamento, fluxo de valor, processos e riscos da cadeia de medicamentos.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência realizado nas unidades de saúde pública que são administradas pelo Instituto de Saúde e Cidadania (ISAC), sendo elas:

Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Trapiche da Barra e UPA Benedito Bentes porte III em Maceió, no estado de Alagoas; Hospital Geral Professor IB Gatto Falcão em Rio Largo, no estado de Alagoas; Hospital Municipal de Araguaína e UPA Anatólio Dias Carneiro porte II em Araguaína, no estado de Tocantins; e UPA Mansões Odisseia porte III em Águas Lindas, no estado de Goiás.

As etapas foram desenvolvidas pela área de Gestão de Qualidade do ISAC em conjunto com as lideranças assistenciais, por meio de um time de segurança na cadeia de medicamentos, composto por equipes assistenciais multidisciplinares – com um representante de cada unidade, sete líderes da farmácia, sete líderes de enfermagem, sete coordenações médicas, um representante da sede e equipes de apoio (enfermeiros assistenciais e farmacêuticos, que participaram em alguns momentos, cada qual contribuindo na sua especialidade).

Ferramentas e metodologias utilizadas

O modelo integrado de fluxo de valor da cadeia de medicamentos foi desenvolvido com base na metodologia *lean*, que visa a transformar o estado atual dos processos em padrões, a partir de um alinhamento amplo pela perspectiva de quem executa as atividades⁶.

A equipe de Gestão da Qualidade realizou visitas rotineiras às unidades e buscou dados do fluxo de materiais e medicamentos por meio de auditorias internas, que subsidiaram o entendimento do nível de integração e de conformidade no processo de manuseio de medicamentos. A ferramenta usada para mapear o processo foi o modelo de Gestão à Vista, utilizando o *Miro*, uma plataforma colaborativa com lousa digital *on-line* que permite integrar visualmente os trabalhos multidisciplinares – reduzindo, assim, as barreiras geográficas para a realização das reuniões com pessoas em diferentes estados.

Definição das ações

Após a realização do levantamento de necessidades, o projeto foi elaborado de forma sistêmica, iniciando-se com a formação do time de segurança na cadeia de medicamentos e, em seguida, delineando os objetivos, os papéis e responsabilidades, assim como as metas individuais e do projeto. As reuniões foram realizadas pela equipe de Gestão de Qualidade, a qual preparou o escopo e convidou o time multidisciplinar, estabelecendo os encontros diários. Esse trabalho foi dividido em dois momentos:

• Primeiro momento

Para mapear os processos, definiram-se as etapas consideradas fundamentais para segurança na cadeia de medicamentos com base nas normativas vigentes e nas evidências científicas: qualificação de fornecedores, padronização, aquisição, solicitação de compras, recebimento, central de abastecimento farmacêutico, fracionamento, farmácia, prescrição, análise técnica da prescrição, dispensação, distribuição, aprazamento, reconciliação medicamentosa, preparo e administração, farmácia clínica, farmacovigilância, plano de alta, devolução e descarte⁷.

Para garantir os propósitos do ISAC relativos à efetividade na cadeia de medicamentos, à farmacoconomia e à consequente segurança do paciente, foi contratada uma especialista em segurança na cadeia de medicamentos, que participou do processo de elaboração.

• Segundo momento

Definidas as prioridades e etapas, o time iniciou suas atividades que durou em média 30 dias, com reuniões diárias objetivando entendimento dos processos, mapeamento das etapas e padronização das rotinas; com isso, foi possível compreender as entradas, atividades e saídas para identificar lacunas de desperdício e pontos de melhoria. As reuniões envolveram, ainda, o reconhecimento dos riscos de processos, dos riscos

segundo a classe terapêutica e das barreiras para minimizar esses riscos.

Foi estabelecido um fluxo de valor da cadeia de medicamentos, com inserção dos processos de apoio e do Sistema de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT) paralelamente ao fluxo principal. Para integrar os processos assistenciais, foram estabelecidos acordos entre os microssistemas e as entregas de cada processo, que são indicadores táticos dos objetivos estratégicos que guiam as lideranças responsáveis. Por meio de consultas a normativas, foram padronizados documentos, normas e protocolos, com posterior validação pela especialista em segurança na cadeia de medicamentos.

Planejou-se, ainda, o desdobramento das ações pelo time multidisciplinar de segurança na cadeia de medicamentos, com uma programação de treinamentos nas unidades. Para cada etapa, barreiras foram estabelecidas em documentos padronizados, que fizeram parte dos treinamentos.

O prazo de implantação foi estabelecido de acordo com as necessidades de melhoria. Para a primeira fase de implantação, as etapas selecionadas foram: reconciliação medicamentosa, análise técnica da prescrição, farmácia clínica e farmacovigilância. Definiu-se a emissão de relatório e tabulação de dados para análise das metas atingidas por unidade.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A construção do mapeamento da cadeia de medicamentos considerou três fatores vitais: (i) integrar os saberes das equipes multidisciplinares para a busca de padronização dos processos de maneira articulada; (ii) sistematizar o fluxo de valor e os processos de apoio da cadeia de medicamentos; e (iii) definir

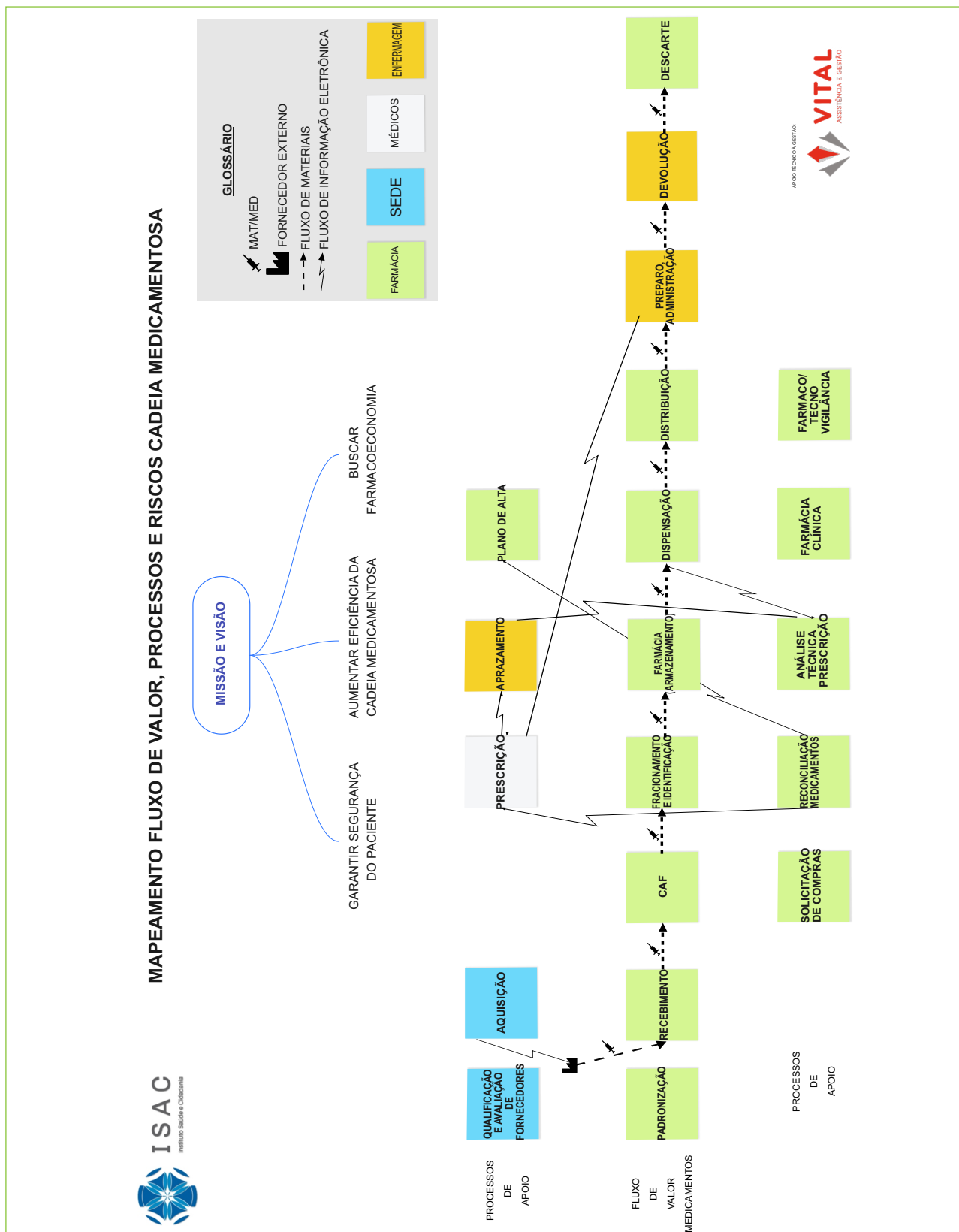
acordos intersetoriais e indicadores alinhados aos objetivos estratégicos, de forma a mensurar as melhorias implementadas e manter sua sustentabilidade.

Considera-se que o ponto crítico para começar o esforço de melhoria é entender o valor sob o olhar do paciente, estabelecendo o mapa de fluxo de valor da cadeia de medicamento para oferecer o cuidado e a segurança que o paciente espera ter. Dessa forma, entende-se que cada uma das atividades, com menor ou maior complexidade, depende da articulação entre esses três fatores vitais na busca pela segurança, pela efetividade e pela farmacoeconomia em seu sentido mais amplo, que é consequência do relacionamento entre as diferentes forças e fontes de cuidado do ISAC⁸.

Para Rother e Shook (2012), o mapeamento do fluxo de valor (*value stream mapping*) é uma ferramenta essencial para o sistema de produção enxuta (*lean*), pois permite enxergar planos de melhorias contínuas e estruturá-los para a obtenção de um processo estável e de um fluxo estendido, otimizando custos, tempo e processos. O sistema de produção segundo o pensamento enxuto (*lean thinking*) possibilita que as organizações eliminem desperdícios e garantam a qualidade dos processos e serviços ofertados^{5,6}.

O mapeamento foi realizado em encontros em que o time multidisciplinar delineou a cadeia de medicamentos, estabelecendo etapas importantes e pontos críticos para a segurança no circuito do medicamento. O intuito foi alinhar o mapeamento do processo aos objetivos estratégicos, considerando os valores do ISAC de promoção da segurança do paciente, aumentando a eficiência da cadeia de medicamentos e promovendo a farmacoeconomia. A Figura 1 demonstra o estado futuro do processo de forma ampla, sistêmica e integrada.

Figura 1 – Mapeamento do fluxo de valor, processos e riscos da cadeia medicamentosa

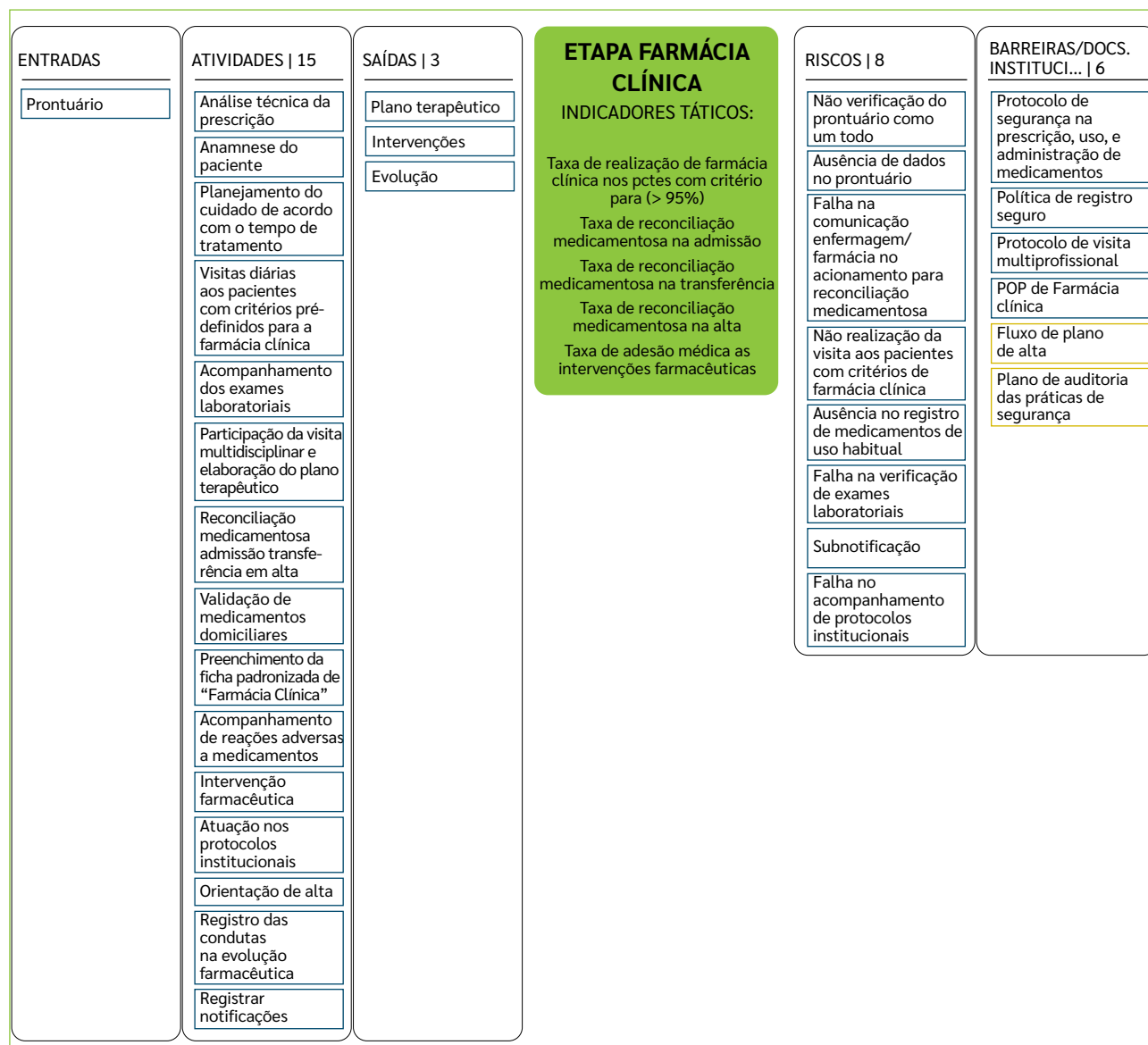


Fonte: elaboração dos autores, 2022.

A exemplo de microprocesso, destaca-se a etapa da farmácia clínica (Figura 2), que, com o padrão do fluxo principal, permitiu às lideranças entenderem a parte que representa suas respectivas atividades dentro do processo e a forma como podem contribuir para impactar positivamente o paciente. A Figura 2 representa um microprocesso da cadeia de medicamentos

relativo à farmácia clínica. À esquerda, estão as atividades dessa etapa – que incluem as entradas necessárias para a realização de cada atividade – e o resultado a ser entregue para a etapa seguinte (saídas). À direita, estão alinhados os riscos e as barreiras. E, no centro, consideram-se o fluxo de valor e os indicadores referenciados para a etapa.

Figura 2 – Fluxo da farmácia clínica e indicadores táticos



Fonte: elaboração dos autores, 2022.

O trabalho não se limitou a mapear um processo específico da farmácia, pois englobou processos assistenciais de áreas técnicas, tais como a médica e a de enfermagem. Portanto, é possível perceber que esse modelo de mapeamento integrado, realizado com a participação de times, pode ser utilizado para outros setores e gerar melhorias cujos resultados tenham alcance ainda maior, possibilitando a identificação de mais oportunidades de melhorias reais.

O mapeamento pode auxiliar a gestão a compreender os processos na prática das ações assistenciais rotineiras. O passo dado com esse modelo foi um movimento importante para a integração das áreas e uma ação de impacto para aproximar os colaboradores da linha de frente e as lideranças. As mudanças são de forma participativa, agregando valor às atividades da instituição e fortalecendo a cultura de qualidade e segurança.

Segundo o Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos (ISMP), minimizar as consequências

dos erros, torná-los visíveis e reduzir sua possibilidade de ocorrência são práticas básicas de segurança do paciente. Uma assistência integrada pode contribuir com a gestão de medicamentos (componentes logísticos do ciclo de assistência farmacêutica), com a gestão clínica (avaliação da prescrição, identificação e resolução de problemas relacionados com os medicamentos e o monitoramento de seu uso seguro e racional) e com a gestão de conhecimentos (informação, ensino, pesquisa e educação permanente), sempre com foco no paciente e por meio de processos seguros e de qualidade⁹.

Para a implantação do projeto, foram estabelecidas fases considerando a necessidade de priorização por unidade. A estratégia de implantação compreende o desdobramento de todo o mapeamento do fluxo de valor, processos e riscos da cadeia de medicamentos a partir do time criado com esse fim, que apresentou todo o material padronizado e treinou as equipes envolvidas em cada processo. As etapas definidas foram organizadas conforme a Figura 3.

Figura 3 – Estratégia de implantação do projeto em cada uma de suas fases

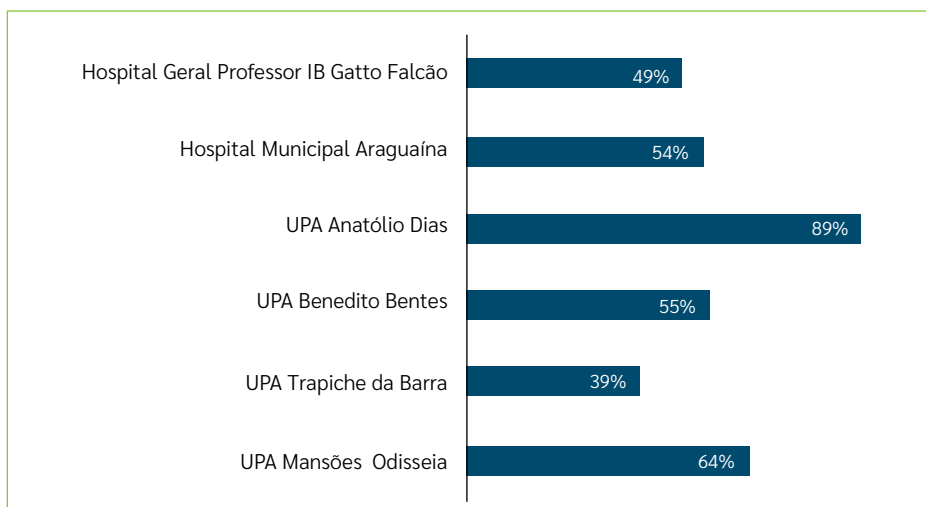


Fonte: elaboração dos autores, 2022.

Inicialmente, este estudo contemplou os dados de implantação da primeira fase de treinamento, tendo em vista que as fases posteriores fazem parte do

planejamento. O Gráfico 1 demonstra o resultado mensurado por unidade em termos de adesão das equipes aos treinamentos.

Gráfico 1 – Índice de adesão da primeira fase de treinamento



Fonte: elaboração dos autores, 2022.

Observou-se, por meio dos dados, que algumas unidades se mantiveram na média de 39% a 64%, o que se explica por duas variáveis: (i) os treinamentos foram impactados pela escassez de profissionais disponíveis para revezamento na assistência no período da implantação; e (ii) fragilidade na cultura de segurança junto a esforços isolados das lideranças. A unidade que teve 89% de adesão apresenta lideranças mais presentes e engajadas na implantação da primeira fase.

Conforme Maher, Gustafson e Evans (2010), as mudanças requerem investimento de tempo e recursos financeiros, esforços de lideranças e habilidades de quem está coordenando na ponta; há evidências de que 70% das melhorias propostas não são sustentadas e não sobrevivem com o tempo⁸.

A necessidade de padronização dos documentos e processos entre unidades de saúde de perfis diferentes constituiu parte das dificuldades no desenvolvimento do processo. Em relação às exigências legais – tais como as relativas a cuidados com medicamentos (Portaria nº 344/98 do Ministério da Saúde⁹), alta vigilância, carro de emergência, processos de armazenamento, inspeções diárias, entre outras –, os documentos foram unificados para todas as unidades participantes e a padronização foi mais abrangente. Já em relação a processos mais específicos das unidades, mantiveram-se as regras estabelecidas por normativas, porém com uma padronização segundo o perfil, a disposição financeira e o espaço físico disponível.

Contudo, não foram encontradas publicações de estudos relacionados com a cadeia medicamentosa de

⁹ Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Biblioteca Virtual em Saúde [Internet]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/1998/prt0344_12_05_1998_rep.html

forma integrada em instituições de saúde, exigindo do time maiores esforços para a elaboração e padronização das etapas, dos documentos e dos processos. Essa experiência contribui para o campo de conhecimento institucional, podendo estimular outras instituições a publicar trabalhos a fim de compartilhar práticas clínicas e de gestão possíveis e reais.

CONCLUSÃO

Foi possível concluir que o mapeamento da cadeia de medicamentos apresentou diversidade e complexidade de etapas por contemplar de forma sistêmica essa cadeia. Sua implementação ocasionou a integração entre as áreas e equipes da instituição, não se limitando às competências particulares e gerando valor na entrega do cuidado ao paciente em termos de efetividade, segurança e qualidade. O processo de mapeamento mostrou, portanto, ser uma importante ferramenta para a identificação de oportunidades de melhoria na cadeia de medicamentos de instituições de saúde, e sua elaboração efetivou-se como modelo de planejamento integrado de ações para o ISAC. Essa proposta certamente promoveu mudanças mais assertivas, reduziu os desperdícios e impactou a relação das atividades com eventos adversos. O mapeamento de processos da cadeia medicamentosa direcionou esforços para o fortalecimento de

práticas seguras na assistência e no cuidado, propiciou ações de educação em saúde, mudanças de hábito e implantação de medidas de monitoramento e fomentou a busca por evidências técnico-científicas para aplicação de práticas, contribuindo, enfim, com a confiabilidade e a racionalidade do processo.

O presente relato de experiência revelou que delinear claramente os papéis e responsabilidades das lideranças contribui para o desenvolvimento das equipes para reconhecimento de falhas, promoção de melhorias nos processos e engajamento e difusão da cultura de segurança.

A partir da percepção da implantação da primeira fase do projeto e dos dados de adesão em grande parte das unidades, conclui-se que uma forma de aumentar a convicção na eficácia do mapeamento da cadeia de medicamentos – em detrimento da antiga prática – é realizar auditorias e análises dos indicadores propostos em cada etapa do processo. Essas auditorias e análises servem principalmente como aprendizado sobre o processo e podem ser uma ótima ferramenta para envolver as equipes da ponta na busca por soluções.

Portanto, este trabalho ainda tem o desafio de implementar as etapas de planejamento e o monitoramento da eficácia dos processos implementados para sustentar as melhorias.

REFERÊNCIAS

1. Gleriano JS, Roela SCR, Gasparini LVL, Bento RCP, Furquim FC, Teixeira VM et al. Mapeamento de processos na dispensação de medicamentos: ferramenta para gestão e melhoria da qualidade. *Rev. Admin. Saúde* [Internet]. 2018 [cited 2022 Jan 31];18(72). Available from: <https://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/127>
2. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Biblioteca Virtual em Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [cited 2022 Jan 31]. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/mis-36684>
3. Pereira, CMS, Fernandes CSE. Avaliação do ciclo da assistência farmacêutica nas farmácias hospitalares de Mogi Guaçu e Mogi Mirim – SP. *Foco* [Internet]. 2018 [cited 2022 Jan 31];12:73-91. Available from: <https://revistafoco.inf.br/index.php/FocoFimi/article/view/255>

4. Lemos GC, Azevedo C, Bernardes MFVG, Ribeiro HCTC, Menezes AC et al. A cultura de segurança do paciente no âmbito da enfermagem: reflexão teórica. Rev. Enf. Centro-Oeste Mineiro [Internet]. 2018 [cited 2022 Jan 31];8:e2600. Available from: <https://doi.org/10.19175/recom.v8i0.2600>
5. Elias SJB, Oliveira MM, Tubino DF. Mapeamento do Fluxo de Valor: um estudo de caso em uma indústria de gesso. ADMpg [Internet]. 2011 [cited 2022 Jan 31];4(1). Available from: <https://revistas2.uepg.br/index.php/admpg/article/view/13956>
6. Rother M, Shook J. Aprendendo a Enxergar. Ferro JR, Rodriguez T (tradutores). São Paulo: Lean Institute Brasil; 2012. 167p.
7. Gouvêa PHR. Análise do mapa da cadeia de valor em um hospital do Vale do Paraíba [TCC]. Guaratinguetá (SP): Faculdade de Engenharia de Guaratinguetá, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho"; 2012 [cited 2022 Jan 31]. Available from: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/119333/gouvea_phr_tcc_guara.pdf?sequence=1
8. Maher L, Gustafson D, Evans A. Sustainability Model and Guide. United Kingdom: NHS Institute for Innovation and Improvement; 2010.
9. Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos. Medicamentos potencialmente perigosos de uso hospitalar e ambulatorial: listas atualizadas. Boletim ISMP Brasil [Internet]. 2015 [cited 2022 Jan 31];4(3):1-10. Available from: <https://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2015/12/V4N3.pdf>



Programa de certificação por distinção em unidades de terapia intensiva como diferencial estratégico

Ricardo Ota Pereira^a, Francisca Jaqueline Mota de Lima^b, Jacqueline Siqueira Mendes Ambrozi^c, Elisa Fernandes Ferreira^d, Adriana Zupo Domeneghetti^e, Silvia da Cruz Serri^f

^a Médico intensivista formado pela Universidade Gama Filho; especialização em Cuidados Paliativos pelo Instituto Paliar; coordenador de Terapia Intensiva no Hospital Edmundo Vasconcelos; São Paulo/SP.

^b Graduação em Enfermagem pela Universidade Nove de Julho (Uninove); especialização em Cardiologia e Hemodinâmica pela Uninove; especialização em Gestão da Qualidade pela Universidade Albert Einstein; analista de Qualidade Sênior no Hospital Edmundo Vasconcelos; São Paulo/SP.

^c Graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Gama Filho; especialização em Centro Cirúrgico e Central de Materiais e Esterilização pela Universidade Gama Filho; especialização em Trauma pela Universidade Bandeirantes; especialização em Administração Hospitalar pela Universidade de Ribeirão Preto; especialização em Enfermagem em Terapia Intensiva Adulto pela Universidade São Camilo; membro do Grupo Terapia Intravenosa, Sepse e EMTN do Hospital Edmundo Vasconcelos; supervisora de Enfermagem da UTI Adulto no Hospital Edmundo Vasconcelos; São Paulo/SP.

^d Graduação em Enfermagem pela Universidade Nove de Julho (Uninove); especialização em Gerenciamento de Serviços de Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp); especialização em Pediatria e Neonatologia pela Universidade Albert Einstein; titulação em unidade de terapia intensiva pediátrica pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB); membro da Comissão de Óbito do Hospital Edmundo Vasconcelos; supervisora de Enfermagem da UTI Pediátrica no Hospital Edmundo Vasconcelos; São Paulo/SP.

^e Graduação em Nutrição pelo Centro Universitário São Camilo; especialização em Saúde Nutricional Integral em Consultório, Hospital e Pós-Alta pelo Ganep; membro da Comissão de Prevenção e Tratamento de Lesão de Pele e EMTN do Hospital Edmundo Vasconcelos; nutricionista II no Hospital Edmundo Vasconcelos; São Paulo/SP.

^f Graduação em Fisioterapia pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar); especialização em Fisioterapia em Pneumologia pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp); especialização em Fisioterapia Cardiorrespiratória em UTI Pediátrica e Neonatologia pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO); MBA executivo em Gestão de Saúde pelo Ibmecc e Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE); coordenadora do Serviço de Fisioterapia no Hospital Edmundo Vasconcelos; São Paulo/SP.

Resumo

O objetivo deste trabalho foi descrever os desafios enfrentados e as conquistas alcançadas no processo de certificação da unidade de terapia intensiva de alta complexidade do Hospital Edmundo Vasconcelos, situado no município de São Paulo, Brasil, no período de janeiro a novembro de 2020. Com a definição dos papéis e responsabilidades, evidenciou-se maior envolvimento das lideranças clínicas e demais membros do serviço na análise das práticas assistenciais de qualidade e segurança, trazendo oportunidades de melhoria. Como reflexo dessa ação, houve diminuição do *turnover* e do absenteísmo da equipe, assim como fortalecimento do modelo de gestão durante a pandemia de covid-19. Os desafios foram percebidos na integração entre os diferentes microssistemas e setores do hospital a fim de otimizar o desdobramento do desenvolvimento da maturidade em gestão clínica para a totalidade das equipes. A metodologia de cocriação permitiu a personalização do programa de acordo com o contexto da instituição, possibilitando menor variabilidade no cuidado ao paciente segundo o perfil de atendimento.

Palavras-chave: Certificação por Distinção; Unidade de terapia intensiva; Gestão de serviços de saúde.

INTRODUÇÃO

A disseminação global do vírus Sars-CoV-2 fez emergir uma doença de alta importância para a saúde pública mundial, a covid-19, que modificou cenários sociais, políticos, econômicos, geográficos e científicos¹. O aumento do número de casos rapidamente caracterizou a infecção como um surto, de modo que, no final de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou emergência em saúde pública de interesse internacional².

Desde então, a pandemia de covid-19 tem tido grandes impactos na sociedade, impondo necessidades de contenção e isolamento de comunidades e pessoas para minimizar o crescimento exponencial do número de infectados. Assistimos aos esforços de governos, profissionais de diferentes especialidades, empresas e um conjunto de pessoas genuinamente interessadas em contribuir com assistência, segurança e provimento de recursos necessários à redução da velocidade de difusão da doença e à mitigação de seus resultados na saúde das pessoas. Vivemos uma situação de crise e emergência, com reflexos sociais, econômicos e na saúde física e mental das populações, especialmente

as mais vulneráveis. As políticas e ações governamentais dedicam-se às possibilidades de contenção e mitigação dos efeitos biológicos e letais da doença³.

No momento crítico da pandemia no Brasil, dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) de julho de 2020 indicavam a existência de um total de 86.392 leitos complementares na saúde, sendo 51,6% públicos ou contratados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e os 48,4% restantes de propriedade privada típica. Desses leitos, 31.940 eram leitos de unidades de terapia intensiva adulto (UTI adulto) e 4.938, de UTI pediátrica – sendo, respectivamente, 15.322 (48,0%) e 2.669 (54,1%) de leitos no SUS, insuficientes para atender à população contaminada pelo vírus.

A mortalidade hospitalar, um dos indicadores mais estudados durante todo o período pandêmico, foi agravada por fatores como idade avançada, sexo masculino, presença de comorbidades, desigualdade no acesso a recursos de saúde e sobrecarga do próprio sistema⁴. Assim, o surgimento da covid-19 afetou o curso epidemiológico dos casos de hospitalização por síndrome respiratória aguda grave (SRAG), contribuindo para maior morbidade e mortalidade. Os pacientes do

sexo masculino, com presença de algum fator de risco, que necessitaram de internação em UTI e fizeram uso de dispositivos de suporte ventilatório não invasivo tiveram maior chance de morrer⁵. Estudo retrospectivo, incluindo pacientes hospitalizados com SRAG por covid-19 com idade média de 61 anos, identificou que as doenças cardiovasculares estavam associadas aos casos mais graves, aos piores prognósticos e à maior mortalidade pela doença⁶.

Os recursos relacionados a pessoas, equipamentos, materiais e medicamentos tornaram-se escassos nas instituições de saúde. Os altos índices de mortalidade, associados ao temor do contágio, elevaram as taxas de *turnover* e absenteísmo e, consequentemente, aumentaram o estresse e o *burnout* dos profissionais de saúde.

O exercício do papel dos profissionais de enfermagem – em especial aqueles que atuam em UTI – no atendimento aos pacientes com covid-19 suscitou reflexões sobre os impactos psicossociais que essa doença trouxe para esse grupo em particular. Tais reflexões amparam-se nos estudos já desenvolvidos sobre a covid-19 e nas pesquisas baseadas em experiências anteriores de epidemias e surtos¹.

Internacionalmente, estudos recentes acerca dos impactos na saúde mental dos profissionais de saúde que lidam diretamente com populações infectadas pela covid-19 discutem a relação entre o temor de contágio, a situação de isolamento e confinamento e as medidas de quarentena implementadas. Entre os profissionais expostos diretamente aos riscos de contaminação, especialmente aqueles que atuam em hospitais e postos de saúde, há registros de exaustão, redução da empatia, ansiedade, irritabilidade, insônia e decaimento de funções cognitivas e do desempenho profissional³.

A crise da covid-19 também inseriu novas realidades nas UTIs dos hospitais, como maior complexidade dos pacientes, prolongamento da permanência dos

pacientes, maior mortalidade e maior comprometimento da capacidade dos profissionais de saúde em gerenciar conflitos, assistir o usuário⁷ e, principalmente, manter os processos de qualidade e segurança dentro de patamares aceitáveis, devido às condições inadequadas de trabalho.

Na atualidade, entende-se que a auditoria tem um sentido amplo e está relacionada com a ação independente de enfrentar determinada condição por meio de uma regra preestabelecida. Em síntese, a auditoria configura-se como uma determinada situação ideal para comentar ou opinar a respeito de uma situação ou de algo⁸.

Dentre as funções da auditoria no setor de saúde, a principal é acompanhar, de forma sistemática, os serviços de saúde oferecidos, seus resultados e processos, a informação e a comunicação na área e as condições de acolhimento. Quando trabalhada corretamente em caráter educativo, a auditoria em saúde atua não no sentido de punir, mas de melhorar o serviço prestado⁸.

O programa de certificação por distinção em unidades de terapia intensiva busca avaliar padrões e critérios preestabelecidos, orientados por diretrizes e análises dos desfechos clínicos do paciente. Portanto, este trabalho mostrou-se relevante por correlacionar dois fatores estressantes ao profissional de saúde, conforme já descrito: o contexto pandêmico estabelecido no mesmo período em que se iniciou o processo de preparação para as avaliações de acompanhamento até a certificação. Apesar do impacto que têm sobre os profissionais envolvidos, as avaliações também resultam em medidas proativas de revisão constante de protocolos assistenciais, acabando por padronizar e tornar mais assertivo o cuidado do paciente em quadro clínico complexo ou deteriorado.

Este trabalho teve como objetivo descrever os desafios enfrentados e as conquistas alcançadas no processo de certificação de distinção da unidade de terapia

intensiva de alta complexidade em atendimento adulto e pediátrico do Hospital Edmundo Vasconcelos, situado no município de São Paulo, Brasil.

METODOLOGIA

Trata-se de relato de experiência qualitativo, transversal e retrospectivo, realizado durante o processo de implantação dos padrões de qualidade do programa de distinção em unidade de terapia intensiva, entre janeiro e novembro de 2020.

A interação entre o hospital e sua instituição acreditadora credenciada deu-se por meio de uma metodologia de cocriação durante as três avaliações de acompanhamento do projeto de certificação no período. Essas avaliações foram estruturadas em grupos focais, com participantes da governança, de nível tático e operacional do hospital, em que as trocas de informações identificaram a evolução de maturidade nas práticas de qualidade e segurança do paciente.

Durante as avaliações, para constatação dessa maturidade, foram utilizadas as técnicas de análise do discurso e de revisão dos protocolos e fluxos estruturados no serviço. Conduzidos por uma tríade de avaliadores, cada qual com uma função – moderador, observador e registrador –, os grupos focais tinham abordagens com focos específicos. Junto à governança, os focos orientadores eram o modelo de gestão, o sistema de medição e a gestão para integridade, além das diretrizes relativas a pessoas, recursos, acesso, processos, comunicação e riscos. Com a gestão operacional, os focos avaliados foram a coordenação assistencial, a assistência farmacêutica, o trabalho em equipe, o aprendizado organizacional, a biossegurança, a estrutura dos registros e a aplicação de boas práticas. No nível operacional, constituído pelo time de terapia intensiva, foram buscadas as conformidades dos protocolos e indicadores, além de oportunidades em processos de inovação.

Ao final desse processo, uma entrevista foi realizada para que se extraíssem todos os benefícios do processo de Certificação por Distinção para o serviço, dando origem aos resultados apresentados adiante.

RESULTADOS

Os achados desta experiência foram constatados por meio de direcionamentos dados pela equipe do hospital, apontando todos os benefícios gerados pelo ingresso no processo de Certificação por Distinção.

Segundo a instituição, as principais ações que nortearam as percepções da equipe para uma maturidade na gestão da qualidade foram dadas pela:

- definição das lideranças e suas responsabilidades ao se apropriarem dos requisitos para a certificação, estimulando um maior compromisso com as ações que envolviam a Certificação por Distinção, aumentando a retenção desses profissionais segundo os indicadores de gestão de pessoas;
- utilização, na prática assistencial, dos conhecimentos e dados gerados para a revisão e elaboração dos protocolos obrigatórios ao programa de distinção, além do desenvolvimento de protocolos relacionados à epidemiologia da instituição;
- implantação da Comissão de Bioética, possibilitando reflexões sobre dilemas presentes nas rotinas de trabalho;
- otimização na capacitação e no treinamento das equipes frente às atualizações de protocolos e análises críticas dos resultados obtidos, com seus respectivos planos de ação;
- disseminação da cultura de segurança e da cultura de qualidade, com maior identificação de não conformidades ou eventos, cuja notificação passou a ser mais estimulada para haver uma análise robusta, capaz de trazer ações mitigadoras dos desfechos que possam impactar o cuidado ao paciente;

- melhoria nos padrões de comunicação, por meio de ações que promoveram a integração entre diferentes processos dependentes de coordenação profissional e que ampliaram a interface intersetorial.

Apesar de a pandemia ter ocasionado um cenário de saúde sem precedentes no Brasil, a instituição deu sequência a sua tomada de decisão, mesmo sabendo que grandes obstáculos se colocariam na trajetória do serviço. Dentre as adversidades, os desafios que mais exigiram estratégia por parte da instituição foram:

- o refinamento da comunicação, pois em um período em que as chamadas *fake news* se propagaram com mais intensidade, somadas à Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei nº 13.709/2018), foi preciso ter bastante clareza e discernimento para especificar quais conteúdos poderiam ser compartilhados livremente e qual seria a melhor ferramenta de comunicação a ser empregada com segurança para desdobrar as ações de cada equipe;
- a grande turbulência nos cenários interno e externo, pois internamente a instituição passava pela implantação de um sistema de gestão integrada para otimizar os processos operacionais, visando à maior eficiência operacional, enquanto externamente havia a propagação de uma doença cujo controle ainda não tinha métodos bem definidos;
- a adequação dos recursos humanos em meio à grande movimentação no mercado de saúde, atendendo necessidades pontuais, inclusive a capacitação de profissionais dentro da própria instituição;
- o gerenciamento dos acordos de nível de serviço (SLA, na sigla em inglês) entre os processos, com sobrecarga da maioria dos serviços de saúde de urgência e emergência por conta da pandemia;
- transformar o serviço da UTI em modelo de negócio institucional, garantindo a sustentabilidade econômica a partir de uma gestão de custo por processo.

Muitos são os benefícios do ingresso em um processo de certificação, porém nenhum deles traz tamanha sensação de dever cumprido quanto ver a satisfação do paciente inserida na Certificação por Distinção. Os pontos que mais impactaram positivamente a experiência do paciente com o serviço estão relacionados a:

- estreitamento dos laços por meio do desenvolvimento da empatia como uma estratégia de minimização do impacto do distanciamento social imposto pela pandemia, com flexibilização de visitas em situações previamente analisadas, implantação da teleconsulta e permanência dos aparelhos de telefonia celular com o paciente, além de algumas ações motivacionais nas refeições visando ao bem-estar do paciente;
- garantia de uma assistência segura, principalmente pelas recentes revisões e implantação de protocolos clínicos, agilizando o processo de atendimento e tomada de decisão técnica;
- inclusão do paciente e do familiar como membros atuantes no cuidado, ou seja, compartilhamento de responsabilidades para que se alcance a meta terapêutica estabelecida em um plano de cuidado individualizado;
- evolução do projeto terapêutico como atuação de uma equipe com diferentes saberes na área da saúde de maneira interdisciplinar, extrapolando a conhecida equipe multidisciplinar, pois as ações interdisciplinares constituem-se de uma maior articulação entre os profissionais envolvidos, em um momento único, na discussão do caso e da evolução de um paciente.

Ao se considerar a contribuição da Certificação por Distinção para as melhorias de processos, um elo bastante relevante para atingir todas as expectativas iniciais é o comprometimento e o envolvimento dos profissionais da equipe multidisciplinar que atuam no serviço. Nesse contexto, estes foram os pontos do serviço em que os profissionais tiveram maior percepção de evolução:

- maior interação entre a equipe multidisciplinar – a possibilidade de atuar no cuidado centrado no paciente, avaliando sua evolução com base nos diferentes olhares e saberes das disciplinas, no compartilhamento de resultados e do conhecimento, permitiu um alinhamento entre os atores;
- gestores clínicos mais coesos – poder construir um plano terapêutico, com metas claras de evolução do paciente, fez com que os gestores tivessem uma força muito maior nas tomadas de decisão, que se tornaram mais assertivas com o olhar mais global para o paciente;
- limitações de gestores – com um processo de delegação mais bem definido, as entregas de cada gestor se tornaram mais evidentes e claras, demonstrando a ambiguidade que as responsabilidades impõem às pessoas; ficou evidente a inter-relação dos profissionais, com a necessidade de que cada um tomasse para si suas entregas, pois, caso contrário, as limitações na atuação das lideranças se apresentariam fortemente;
- maior satisfação e motivação do time – com resultados muito mais criteriosos, com a integração de uma métrica mais estruturada na avaliação de quadro clínico do paciente, pôde-se perceber uma motivação ímpar do time da unidade, elevando o nível de satisfação com relação à qualidade do atendimento prestado ao paciente.

Uma enorme contribuição do processo de certificação por distinção na UTI foi o fortalecimento de seus fluxos internos, alinhando os microssistemas de forma que a integração se apresentasse naturalmente por meio da gestão de acesso e disponibilidade do serviço para os pacientes atendidos. Essa integração durante a pandemia fez com que a equipe também fosse impactada por uma mudança radical em seu modelo de gestão de crise, principalmente pela elevação desordenada nas demandas e na complexidade dos atendimentos, gerando maior consumo de

recursos e de infraestrutura, porém impactada em menor escala pela condição de planejamento prévio orientada durante as avaliações.

A melhora na operação do fluxo de pacientes elegíveis aos critérios de internação em UTI pôde ser constatada na percepção dos gestores de que a indicação de transferência para UTI é estratégica, já que há a necessidade de reforço na interação entre Setor de Internação e Alta, Pronto-socorro, Centro Cirúrgico e UTI, além do envolvimento da Governança do hospital no adequado alinhamento do fluxo intra-hospitalar de pacientes.

Para a consolidação da qualidade do serviço de urgência e emergência, o Pronto-socorro é fundamental na aderência aos critérios e prioridades de internação considerando a segurança do paciente. Além disso, na transferência de pacientes do Centro Cirúrgico, mesmo após revistos todos os acordos realizados e os critérios de risco pós-operatório, é de enorme importância para a sustentabilidade financeira da instituição que haja a adequada alocação de leitos, a efetiva classificação de risco e a concretização de reserva cirúrgica. Pode-se, então, apontar que todos os setores e microssistemas hospitalares possuem responsabilidades na certificação de distinção.

DISCUSSÃO

Com base em todas as contribuições que a metodologia de implantação do processo de certificação por Distinção do serviço de Terapia Intensiva pode trazer, vale destacar que a inexperiência e a insegurança dos entrevistados dificultaram a inserção no sistema de qualidade, sem que houvesse a captação da base conceitual primária para engajamento na nova metodologia de trabalho proposta⁹.

Essa colocação demonstra a importância da validação de uma metodologia de cocriação por meio de grupos focais, pois, com condições de implantação gradativa

da linguagem e das terminologias relacionadas à qualidade, a compreensão do processo e das ações propostas facilitou a adesão ao projeto – até porque o processo de Certificação por Distinção pode não obter o sucesso esperado se as pessoas não forem sensibilizadas em relação aos assuntos da qualidade⁹.

Dentre os pontos avaliados pelo serviço como norteadores, pode-se ressaltar a disseminação de uma cultura de qualidade, pois, quando o funcionário cresce por deixar de se envolver só com a prescrição médica, começa a criar um tipo de pensamento crítico¹⁰.

Com o exercício de construção de um corpo de trabalho muito mais reflexivo, estimula-se o desenvolvimento das pessoas com atividades muito mais focadas em sua atuação, o que acarreta um aumento gradativo na quantidade das ações educativas envolvendo os profissionais de saúde como receptores e instrutores, assim como uma maior incidência de temas relacionados com a segurança do paciente¹¹.

No que tange à eficiência, verifica-se menor rotatividade de pessoal, melhores registros médicos e organização da documentação, e maior satisfação dos profissionais. E, no que se refere à efetividade, os resultados reforçam alguns aspectos positivos da Certificação por Distinção, tais como a padronização de procedimentos, a criação de políticas internas e o estabelecimento de sistemas de gestão, todos contribuindo para a segurança do paciente¹².

Com a garantia das práticas de qualidade e segurança do paciente, cria-se uma atmosfera que permite ao profissional ter mais orgulho de atuar na instituição acreditada, já que os colaboradores associam esse orgulho ao fato de haver uma padronização que permite trabalhar em um ambiente melhor e mais seguro¹⁰.

Um aspecto muito importante a ser considerado é a participação de todos os profissionais de saúde nesse processo. A diversidade de saberes, fundada nas diferentes características e particularidades culturais

históricas da formação acadêmica em cada especialidade, também é um pilar importante para que o planejamento e o projeto de certificação se materializem com respaldo de todos os envolvidos. E esse foi um aspecto percebido pela equipe neste trabalho, principalmente na atuação dos profissionais e no compartilhamento de conhecimento.

Porém, não há consenso pleno, pois os médicos afirmam “não terem tempo para reuniões da qualidade e treinamentos como outros profissionais fazem”; essa noção é percebida quando um fisioterapeuta relata que “a grande maioria participa da Certificação por Distinção, mas os médicos são os menos envolvidos, pois parece que eles fazem tudo certo e não precisam receber informação e nem treinamento”⁹.

Da mesma forma, o apoio da alta governança do hospital é fundamental para que os objetivos sejam alcançados em sua plenitude e para que não haja frustração, pois a falta de suporte da alta direção, atrelada a uma limitação de ordem estrutural, leva à desistência de continuar o processo de Certificação por Distinção, provocando sentimentos bastante negativos nos trabalhadores¹³.

Nessa forma de atuação, as responsabilidades precisam ser compartilhadas em um ambiente complexo, pois todos devem apoiar o projeto. Assim, a liderança administrativa, representada pela alta governança e que patrocina toda a realização do planejamento, precisa estar alinhada e ciente de suas ações dentro do processo. Da mesma forma, o corpo clínico, na figura do médico, historicamente representando a autoridade maior em saúde, deve estar extremamente envolvido para que toda essa engrenagem seja impulsionada e gere os resultados desejados.

Tanto isso é verdadeiro que uma barreira evidenciada para que o processo de Certificação por Distinção seja realizado de forma linear é o repasse de informações sobre o processo da qualidade entre os colaboradores em geral, seja por razões hierárquicas (com

representação das tomadas de decisão impedindo que as orientações cheguem ao nível operacional), seja por razões técnicas (em que se segrega a informação para cada classe de profissionais no serviço). Trata-se de uma barreira porque, quando a informação não chega de maneira uniforme e completa às pessoas e não há quem se disponha a conduzir a troca ou mesmo o repasse do conhecimento acumulado, as pessoas tendem a não se sentir devidamente valorizadas⁹.

A avaliação para obtenção da Certificação por Distinção tem um foco em cada processo, possibilitando avaliar a complexa inter-relação entre os departamentos. Esse fato é comprovado quando um serviço dentro de uma instituição hospitalar participa de uma distinção, mas, no decorrer das avaliações, compreende o nível de interdependência que existe entre essas unidades na continuidade do cuidado¹⁴.

CONCLUSÃO

Todos os achados neste trabalho estão de acordo com a literatura científica, certificando que a experiência vivenciada pela equipe da UTI do Hospital Edmundo Vasconcelos teve a mesma percepção de outros serviços que passaram pelo processo de Certificação por Distinção.

Além disso, apesar de inicialmente aumentar a demanda de trabalho, a busca por ciclos de melhoria, aperfeiçoamento dos processos e valorização dos profissionais direcionou todos esses processos para o cuidado centrado no paciente, de fato possibilitando que os profissionais com maior grau de maturidade não entendessem como excesso de cobrança ou sobrecarga de trabalho, mas sim como ações para a melhoria da segurança do paciente e para como esse paciente retornará a sua vida cotidiana na sociedade, confirmando que todos os desafios impostos trouxeram grandes conquistas na prática.

REFERÊNCIAS

1. Almeida RMF, Antunes LMS, Barros FM, Silva RC. Covid-19: um novo fenômeno de representações sociais para a equipe de enfermagem na terapia intensiva. Esc. Anna Nery [Internet]. 2021 Jul 5 [cited 2022 Jan 19]; 25(spe). Available from: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0118>
2. World Health Organization. Considerations for quarantine of individuals in the context of containment for coronavirus disease (COVID-19): interim guidance, 19 March 2020. World Health Organization [Internet]. 2020 Mar 19 [cited 2022 Jan 19]. 4p. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331497>
3. Cruz RM, Borges-Andrade JE, Moscon DCB, Micheletto MRD, Esteves GGL, Delben PB et al. COVID-19: emergência e impactos na saúde e no trabalho. Rev. Psicol., Organ. Trab. [Internet]. 2020 [cited 2022 Jan 19];20(2). Available from: <http://dx.doi.org/10.17652/rpot/2020.2.editorial>
4. Ranzani OT, Bastos LSL, Gelli JGM, Marchesi JF, Baião F, Hamacher S et al. Characterisation of the first 250 000 hospital admissions for COVID-19 in Brazil: a retrospective analysis of nationwide data. Lancet Respir. Med. [Internet]. 2021 [cited 2022 Jan 19];9(4):407-418. Available from: [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30560-9](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30560-9)
5. Custódio ACD, Ribas FV, Toledo LV, Carvalho CJ, Lima LM, Freiras BAC. Internações hospitalares e mortalidade por síndrome respiratória aguda grave: comparação entre os períodos pré-pandêmico e pandêmico. Rev. Bras. Epidemiol. [Internet]. 2021 [cited 2022 Jan 19];24. Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210052>
6. Xu H, Ai L, Qiu C, Tan X, Jiao B, Luo A et al. COVID-19: a risk factor for fatal outcomes in patients with comorbid cardiovascular disease. Aging (Albany NY) [Internet]. 2020 [cited 2022 Jan 19];12(19):18866-18877. <https://doi.org/10.18632/aging.103944>
7. França FM, Ferrari R. Burnout Syndrome and the socio-demographic aspects of nursing professionals. Acta paul. enferm. [Internet]. 2012 [cited 2022 Jan 19];25(5):743-748. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000500015>
8. Souza LAA, Dyniewicz AM, Kalinowski LC. Auditoria: uma abordagem histórica e atual. Rev. Adm. Saúde. 2010;12(47):71-78.
9. Manzo BF, Brito MJM, Alves M. Influência da comunicação no processo de acreditação hospitalar. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2013 [cited 2022 Jan 19];66(1):46-51. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2012-0180>

from: <https://www.scielo.br/j/reben/a/nyTm4XBpqDHSwKrJK7HpSXn/?format=pdf&lang=pt>

10. Manzo BF, Brito MJM, Corrêa AR. Implicações do processo de Acreditação Hospitalar no cotidiano de profissionais de saúde. *Rev. Esc. Enferm. USP* [Internet]. 2012 [cited 2022 Jan 19];46(2):388-394. Available from: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/stPbT8qyFdyQdnnhsh8ygy/?lang=pt&format=pdf>
11. Domingues AL, Santos SVM, Góes FSN, Martinez MR. Avaliação da contribuição da acreditação hospitalar no processo de educação permanente em saúde. *Rev. Enferm. UFPE on line* [Internet]. 2017 [cited 2022 Jan 19];11(5):2177-2184. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-31515>
12. Araujo CAS, Malik AM. Vale a pena investir na acreditação hospitalar? *GV Executivo* [Internet]. 2021 [cited 2022 Jan 19];20(2):41-43. Available from: <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/gvexecutivo/article/view/83957>
13. Cervilheri AH, Oliveira JLC, Ferreira AMD, Souza VS, Jaques AE, Matsuda LM. Acreditação hospitalar: implicações da desistência da busca pela certificação. *Rev. Min. Enferm.* [Internet]. 2017 [cited 2022 Jan 19];21:e-1008. Available from: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e1008.pdf>
14. Rafael DN, Aquino S. Processo de acreditação ONA: desafios para gestores de qualidade em serviços de apoio às Organizações de Saúde. *Rev. Gestão Sistemas de Saúde* [Internet]. 2019 [cited 2022 Jan 19];8(3):327-341. Available from: <https://periodicos.uninove.br/revistargss/article/view/13470>

Implantação do fluxo para distribuição de recursos escassos durante a pandemia de covid-19

Felipe Moulin^a, Tereza Aparecida Benjamin Teixeira^b, Vania Dolores Rodrigues Perdigão Nobre^c, Andre Cafagne Maame^d

Resumo

Com a pandemia de covid-19, um hospital estadual administrado por organização social de saúde localizado no município de Itaquaquecetuba, no estado de São Paulo, viu a necessidade de criar e formalizar um processo de tomada de decisão para a distribuição de recursos escassos. Este trabalho teve por objetivo relatar a experiência da implantação e aplicação do fluxo atrelado ao comitê de bioética para distribuição de recursos em esgotamento durante a pandemia. Tratou-se de pesquisa experimental, descrita como relato de caso, do tipo documental. Diante da possibilidade real de esgotamento

^a Graduação em Enfermagem pela Universidade Camilo Castelo Branco (UNICASTELO); especialização em Terapia Intensiva Adulto pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP); coordenador da Qualidade do Hospital Geral de Itaquaquecetuba; Itaquaquecetuba/SP.

^b Graduação em Enfermagem pela Faculdade Santa Marcelina (FASM); MBA em Gestão de Serviços de Saúde pela Fundação Getúlio Vargas (FGV); gerente de Enfermagem do Hospital Geral de Itaquaquecetuba; Itaquaquecetuba/SP.

^c Graduação em Medicina pela Universidade do Estado do Pará (UEPA); residência em Cirurgia Pediátrica pelo Hospital Santa Marcelina; diretora técnica do Hospital Geral de Itaquaquecetuba; Itaquaquecetuba/SP.

^d Graduação em Medicina pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp); residência em Psiquiatria pelo Hospital São Paulo; diretor clínico do Hospital Geral de Itaquaquecetuba; Itaquaquecetuba/SP.

de recursos e da demanda aumentada por leitos críticos, foi elaborado, por intermédio do comitê de bioética, um fluxo que contemplou o escore para triagem de pacientes (acometidos pela covid-19 ou não) para priorização dos recursos. O escore foi composto por três avaliações: clínica (SOFA), sobrevida e funcionalidade (ECOG). Os critérios de desempate foram: profissionais de saúde e sorteio. O escore definido teve o objetivo de maximizar os benefícios da tomada de decisão e apoiar a equipe assistencial de maneira ética, transparente, ágil e sem viés interpretativo. O critério é moralmente válido na medida em que aloca recursos para aquelas pessoas que apresentam mais perspectiva de recuperação, demandando menos tempo de cuidados intensivos, de forma a salvar o maior número de vidas de maneira justa e segura.

Palavras-chave: Bioética; Triagem de pacientes; pandemia de covid-19.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) classificou o surto de covid-19 como pandemia em 11 de março de 2020. Desde então, foi observada uma gama de manifestações da doença, variando de quadros mais leves a quadros mais graves. Por causa de casos com necessidade de oxigenoterapia suplementar, foram registrados altos índices de internação e consumo de oxigênio. Em casos mais graves, a demanda por leitos de unidade de terapia intensiva (UTI) e ventiladores mecânicos foi alta, uma vez que pacientes se apresentavam com síndrome do desconforto respiratório agudo, demandando grande quantidade de recursos – em alguns cenários, por tempo prolongado –, ocasionando escassez durante a pandemia¹.

É responsabilidade de profissionais da saúde e do poder público o preparo para a possibilidade de esgotamento de recursos. De acordo com recomendações e diretrizes de sociedades médicas internacionais, o estabelecimento de um protocolo de alocação de recursos em esgotamento é uma exigência que faz parte do preparo para situações de pandemia em que exista

a possibilidade de que mesmo as medidas de contingenciamento não sejam suficientes para lidar com a demanda aumentada de pacientes graves¹.

No Brasil, a Resolução nº 2.156/2016 do Conselho Federal de Medicina (CFM)^e normatiza e descreve os cinco critérios para admissão em unidade de terapia intensiva, considerando a probabilidade de recuperação e a ausência de limitações de suporte terapêutico. Fora de um cenário pandêmico, esses critérios são adequados para as definições na tomada de decisão sobre o uso de leitos críticos, porém, em um período de grande demanda e poucos recursos, cabe a validação de critérios específicos para que o maior número de vidas seja salvo².

Para serem eticamente defensíveis, processos de alocação de recursos em esgotamento não devem ocorrer em segredo, sem registro apropriado e de maneira subjetiva e inconsistente. Ao contrário, é fundamental que ocorram com fundamento em protocolos claros, transparentes, tecnicamente bem embasados, eticamente justificados e alinhados ao arcabouço legal brasileiro¹.

^e Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.156/2016. Estabelece os critérios de admissão e alta em unidade de terapia intensiva. Diário Oficial da União [Internet]. 2016 Nov 17 [cited 2022 Jan 27];220(Seção 1):138-139. Available from: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=138&data=17/11/2016>

Uma das finalidades da implantação de processos operacionais na definição de conduta é proteger os profissionais que estão na linha de frente do cuidado, retirando de suas mãos a responsabilidade de tomar decisões emocionalmente exaustivas e que possam aumentar os já elevados riscos a sua saúde mental precipitados pela pandemia de covid-19, o que poderia comprometer sua capacidade para o trabalho no curto e longo prazos³.

Este trabalho teve por objetivo relatar a experiência de implantação e aplicação de um fluxo, atrelado ao comitê de bioética, para distribuição de recursos em esgotamento durante a pandemia.

METODOLOGIA

Tratou-se de pesquisa experimental, do tipo documental, realizada no Hospital Geral de Itaquaquecetuba, gerido pela organização social de saúde (OSS) Santa Marcelina, no estado de São Paulo.

Foi elaborado um fluxo para distribuição de recursos escassos durante a pandemia de covid-19, juntamente com escore publicado pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) em parceria com outras entidades da saúde^f, como metodologia de triagem de pacientes elegíveis para admissão em leitos de unidades críticas. A aplicação da ferramenta avalia três grandes fatores por meio de um sistema de pontuação composto por: (i) escore *Sequential Organ Failure Assessment* (SOFA); (ii) avaliação de comorbidades graves implicando sobrevida inferior a um ano; e (iii)

avaliação da funcionalidade por meio da escala de *performance* do *Eastern Cooperative Oncology Group* (ECOG)¹.

A interpretação na aplicação dessas três avaliações (clínica – SOFA, sobrevida e funcionalidade – ECOG) ocorre da seguinte maneira: quanto maior for a pontuação, menor será a prioridade para admissão em unidade crítica. Assim, a seleção do paciente prioriza o indivíduo com reserva fisiológica mais adequada, visando ao desfecho clínico positivo².

Ficou estabelecido no fluxo que o escore deve ser aplicado por algum membro do comitê de bioética, com tempo de resposta de até duas horas, com o intuito de respaldar e apoiar o profissional assistencial.

Na aplicação do escore, podem ocorrer pontuações iguais (empate), o que implicará a tomada de decisão. Diante disso, foram utilizados critérios de desempate publicados no *The New England Journal of Medicine*⁴: profissional da saúde e sorteio. Esses aspectos serão abordados mais detalhadamente no tópico *Discussão*.

A fim de dar respaldo legal ao novo fluxo de triagem, o comitê de bioética do Hospital Geral de Itaquaquecetuba, constituído por equipe multiprofissional, passou a elaborar um parecer oficial – assim que solicitado, os integrantes eleitos para a emissão do parecer devem preencher o escore e registrá-lo no documento oficial. Após registrado, o parecer é encaminhado para a equipe assistencial no prazo de duas horas.

O modelo do escore para triagem em cenário de escassez de recursos é apresentado na Figura 1.

^f Recomendações da AMIB (Associação de Medicina Intensiva Brasileira), ABRAMEDE (Associação Brasileira de Medicina de Emergência), SBGG (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia) e ANCP (Academia Nacional de Cuidados Paliativos) de alocação de recursos em esgotamento durante a pandemia por COVID-19. Associação de Medicina Intensiva Brasileira [Internet]. 2020 May 1 [cited 2022 Jan 27]. Available from: https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/abril/24/VJS01_maio_-_Versa_o_2_-_Protocolo_AMIB_de_alocac_a_o_de_recursos_em_esgotamento_durante_a_pandemia_por_COVID.pdf

Figura 1 – Passo a passo de triagem

Passos	Critérios	Pontuação				Total
		1	2	3	4	
1	Calcular SOFA (total: _____) e pontuar conforme estratificação ao lado	SOFA \leq 8	SOFA 9 - 11	SOFA 12 - 14	SOFA $>$ 14	
2	Tem comorbidades graves, com expectativa de sobrevida $<$ que um ano?*	---	---	Sim	---	
3	Aplicar a ECOG e pontuar conforme a estratificação ao lado	0 - 1	2	3	4	
4	Calcular a pontuação total dos critérios 1 a 3					
5	Alocar o leito de UTI ou VM ao paciente com menor pontuação total desde que não tenha havido empate					

Fonte: Kretzer, 2020¹. p. 9

RESULTADOS

Com o avanço dos casos de internação, o aumento das necessidades para o tratamento da covid-19 e o reporte de informações provenientes do mundo inteiro, o comitê de bioética iniciou o acompanhamento das tomadas de decisão da equipe assistencial.

Ao longo da atuação na pandemia, leitos foram criados e equipamentos, adquiridos previamente à escada do número de casos covid-19 na região atendida pelo hospital. Todavia, diante da necessidade global desses recursos, a disponibilização não foi capaz de suprir a demanda.

Em abril de 2020, a demanda por leitos de terapia intensiva superou o que as estruturas físicas e operacionais do hospital podiam oferecer, assim como ocorreu em grande parte das instituições de saúde brasileiras. Naquele momento, o hospital estadual localizado em Itaquaquecetuba recorreu ao fluxo de distribuição de recursos escassos para definir quais pacientes teriam acesso aos leitos de terapia intensiva. Havia três pacientes suspeitos de covid-19 com necessidade de cuidados intensivos, mas apenas dois leitos disponíveis. Assim que acionados, os membros do comitê de bioética aplicaram o escore para triagem e emitiram o parecer, não havendo necessidade de critérios de desempate. Dois pacientes foram admitidos em leitos

críticos e, para o terceiro, foi solicitada vaga externa (o paciente foi mantido na sala de emergência até a efetiva transferência).

O fluxo estabelecido inicia através do acionamento pelo médico ao plantão administrativo (profissional disponível integralmente), o plantonista administrativo informa um membro do comitê de bioética. O representante do comitê avalia o prontuário de maneira eletrônica e preenche o escore, registra o parecer em documento oficial e repassa ao plantão administrativo que prontamente disponibiliza ao médico que informa os interessados e registra em prontuário a decisão.

Diante a evolução da logística para transferência entre unidades de saúde e para abertura de novos leitos, o fluxo foi acionado apenas no caso supracitado. Porém, em virtude das oscilações no número de casos no período pandêmico, o fluxo foi mantido ativo.

DISCUSSÃO

O apoio à equipe assistencial na tomada de decisão sobre o direcionamento de recursos e a disponibilização de leitos críticos para pacientes é de alta importância, uma vez que a equipe tem sido sobrecarregada durante a pandemia.

A definição do escore para triagem teve o objetivo de maximizar os benefícios da tomada de decisão, apoiando a equipe assistencial de maneira ética, transparente, ágil e sem viés interpretativo. O critério é moralmente válido na medida em que aloca recursos para aquelas pessoas que apresentam mais perspectiva de recuperação, demandando menos tempo de cuidados intensivos. Seguindo essa lógica, a expectativa e a qualidade de vida dos pacientes também podem ser levadas em consideração. A finalidade é salvar o maior número possível de vidas em um processo que não implique injustiças⁴⁻⁶.

Partindo do princípio do utilitarismo, o fato de o paciente ser profissional da saúde ser um dos critérios de desempate justifica-se por sua capacitação técnica: esses profissionais mantêm os serviços de saúde funcionando e, assim que reestabelecidos da doença, podem apoiar o tratamento de pacientes; consequentemente, evitam que outras vidas sejam perdidas. Além disso, a ciência dá prioridade aos profissionais da saúde e a sua segurança para que possam atuar na pandemia, levando à redução do absenteísmo^{4,7}.

Visando ao tratamento igualitário dispensado a pacientes com prognóstico semelhante e esgotadas as

possibilidades de refinamento das avaliações clínicas, de sobrevivência e de funcionalidade, deve ser feito desempate por sorteio ou aleatória, metodologia mais justa porque outras alternativas não se seriam viáveis sem que comprometessem a equidade e a imparcialidade⁴.

Dessa maneira, a escolha do escore para triagem e dos critérios de desempate seguiu o parecer médico técnico-científico com o intuito de promover o melhor resultado, apesar da escassez de recursos².

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração de um processo para apoio na tomada de decisões difíceis apresenta-se como fator imprescindível para a segurança do profissional assistencial, com respeito à ética e ao utilitarismo.

Salvar o maior número de vidas de maneira justa e segura foi o principal objetivo da elaboração do fluxo para distribuição de recursos escassos. Além disso, o fluxo contribuiu com os profissionais assistenciais na tomada de decisão e, dessa maneira, preservou esses profissionais de decisões difíceis.

REFERÊNCIAS

1. Kretzer L, Berbigier E, Lisboa R, Grumann AC, Andrade J. Recomendações da AMIB (Associação de Medicina Intensiva Brasileira), ABRAMEDE (Associação Brasileira de Medicina de Emergência), SBGG (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia) e ANCP (Academia Nacional de Cuidados Paliativos) de alocação de recursos em esgotamento durante a pandemia por COVID-19. Associação de Medicina Intensiva Brasileira [Internet]. 2020 May 1 [cited 2022 Jan 27]. Available from: https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/abril/24/VJS01_maio_Versa_o_2_-_Protocolo_AMIB_de_alocac_a_o_de_recursos_em_esgotamento_durante_a_pandemia_por_COVID.pdf
2. Gonçalves L, Dias MC. Discussões bioéticas sobre a alocação de recursos durante a pandemia da COVID-19 no Brasil. *Diversitates Int. J.* [Internet]. 2020 [cited 2022 Jan 27];12(1):17-36. Available from: <http://www.diversitates.uff.br/index.php/1diversitates-uff1/article/view/310/167>
3. Maves RC, Downar J, Dichter J, Hick J, Devereaux AV, Geiling J, et al. Triage of scarce critical care resources in COVID-19 an implementation guide for regional allocation: an expert panel report of the task force for mass critical care and the American College of Chest Physicians. *Chest* [Internet]. 2020 [cited 2022 Jan 27];158(1):212-225. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2020.03.063>
4. Emanuel EJ, Persad G, Upshur R, Thome B, Parker M, Glickman A, et al. Fair allocation of scarce medical resources in the time of covid-19. *N Engl J Med* [Internet]. 2020 [cited 2022 Jan 27];382:2049-2055. <https://doi.org/10.1056/NEJMs2005114>

5. Biddison ELD, Faden R, Gwon HS, Mareiniss DP, Regenberg AC, Schoch-Spana M, et al. Too many patients... A framework to guide statewide allocation of scarce mechanical ventilation during disasters. *Chest* [Internet]. 2019 [cited 2022 Jan 27];155(4):848-854. <https://doi.org/0.1016/j.chest.2018.09.025>.
6. Estrela FM, Soares CFS, Cruz MA, Silva AF, Santos JRL, Moreira TMO, et al. Pandemia da COVID-19: refletindo as vulnerabilidades a luz do gênero, raça e classe. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2020 [cited 2022 Jan 27];25(9). Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.14052020>
7. Satomi E, Souza PMR, Thomé BC, Reingenheim C, Werebe E, Troster EJ, et al. Alocação justa de recursos de saúde escassos diante da pandemia de COVID-19: considerações éticas. *Einstein (São Paulo)* [Internet]. 2020 [cited 2022 Jan 27];18: eAE5775. https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020AE5775

Estratégias de gestão do manejo clínico do paciente com suspeita ou confirmação de covid-19: impactos e resultados

José Calixto da Silva Filho^a, Germana Andrade Lucena^b,
Patrícia Simplício de Oliveira^c, Karla Maria Duarte Silva Oliveira^d,
Cássia da Silva Ventura^e

Resumo

Este estudo teve por objetivo relatar a experiência vivenciada por um serviço de pronto atendimento em João Pessoa, Paraíba, com a adoção de medidas referentes ao manejo clínico dos pacientes com covid-19 (suspeitos e confirmados) durante a pandemia. Tratou-se

^a Graduação em Medicina pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB); residência médica em Cirurgia Geral pela UFPB; MBA em Gestão de Cooperativas de Saúde pela Faculdade Pedro Leopoldo; MBA em Gestão em Saúde e Administração Hospitalar pela Universidade Estácio de Sá; diretor técnico assistencial do Hospital Alberto Urquiza Wanderley da Unimed João Pessoa; João Pessoa/PB.

^b Graduação em Enfermagem pela Faculdade Santa Emília de Rodat (FASER); gerente multidisciplinar dos Serviços Hospitalares da Unimed João Pessoa; João Pessoa/PB.

^c Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB); mestrado em Enfermagem em Saúde Pública pela UFPB; MBA em Gestão em Saúde e Controle de Infecção pela Faculdade Método de São Paulo; enfermeira da Central de Comissões e Protocolos no Hospital Alberto Urquiza Wanderley da Unimed João Pessoa; João Pessoa/PB.

^d Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG); mestrado em Enfermagem em Saúde Pública pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB); especialização em Enfermagem Obstétrica pela Faculdade Santa Emília de Rodat (FASER); enfermeira da Educação Continuada do Hospital Alberto Urquiza Wanderley da Unimed João Pessoa; João Pessoa/PB.

^e Graduação em Administração de Empresas pelo Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ); especialização em Qualidade e Produtividade pela UNIOL; especialização em Gestão de Saúde e Administração Hospitalar pela Universidade Estácio de Sá; gerente da Qualidade da Unimed João Pessoa; João Pessoa/PB.

de estudo qualitativo com caráter descritivo, do tipo relato de experiência. A utilização de ficha exclusiva para classificação de risco para covid-19 e o direcionamento conforme fluxo do protocolo de manejo possibilitaram agilidade na tomada de decisão clínica e maior assertividade no desfecho do paciente, além de melhor aplicabilidade dos planos de contingência conforme níveis de resposta às demandas de atendimento em conexão com as demais áreas do hospital. Considerou-se que a experiência resultou em uma prática exitosa baseada nos conceitos de gestão de processos, gerenciamento de custos, qualidade assistencial e segurança do paciente.

Palavras-chave: Emergência; Covid-19; Triagem de pacientes; Gestão de riscos; Segurança do paciente.

INTRODUÇÃO

O novo vírus pertencente à família dos coronavírus, o *severe acute respiratory syndrome coronavirus 2* (Sars-CoV-2), foi identificado na cidade de Wuhan, na China, em dezembro de 2019, após um surto de doenças respiratórias com alta disseminação de pessoa para pessoa, que logo se espalhou por todos os continentes no mundo^{1,2}. Diante dessa realidade, a Organização Mundial da Saúde (OMS) decretou, em janeiro de 2020, emergência de saúde pública de importância internacional. No Brasil, com a propagação do vírus, a doença causada por ele (covid-19) foi considerada emergência em saúde pública de importância nacional³. Em decorrência da expansão mundial e de suas repercussões epidemiológicas e sanitárias, a OMS designou a covid-19 como uma pandemia em 11 de março de 2020⁴.

A covid-19 pode ser assintomática ou se manifestar de forma grave, apresentando sintomas como febre, dificuldade respiratória, tosse seca, coriza, dor de garganta, diarreia, falta de apetite, diminuição do olfato e paladar, cefaleia e mialgia. Estima-se que no cenário inicial da pandemia entre 75% e 80% das pessoas diagnosticadas com covid-19 tiveram sintomas leves e que de 15% a 20% necessitaram de atendimento hospitalar, com possível internação e suporte ventilatório invasivo⁵.

No Brasil, até o primeiro semestre de 2021, já haviam sido registrados mais de 19 milhões de casos de

pessoas com covid-19, superando 500 mil óbitos. No estado da Paraíba, haviam sido identificadas mais de 400 mil pessoas com o novo coronavírus e aproximadamente 8 mil vidas perdidas até aquele momento. E, em João Pessoa, a capital paraibana, com mais de 800 mil habitantes, o número de casos chegou a 100 mil, com mais de 2 mil mortes⁶.

Os crescentes números da covid-19 impuseram desafios para os sistemas de saúde em todo o mundo, tais como: a reestruturação física, com adequações para o atendimento de pessoas com a doença e do público com outros diagnósticos; a assimilação acelerada e contínua de novos conhecimentos; a elaboração de protocolos clínicos e fluxos; a otimização dos espaços e recursos; a aquisição de novas tecnologias; e a ampliação do quadro de colaboradores – tudo isso com garantia da segurança dos pacientes e dos profissionais de saúde, evidenciando a necessidade de adoção de medidas efetivas para evitar o colapso⁷⁻⁹.

A preparação dos hospitais para o enfrentamento de situações de crise de qualquer natureza, como a pandemia, tornou-se imprescindível. Nesse contexto, ferramentas que são utilizadas na gestão da qualidade e no processo de acreditação hospitalar contribuem com a elaboração, divulgação e implementação de novos fluxos e protocolos, permitindo a organização e a otimização das atividades^{10,11}.

Frente ao cenário atual, juntamente com a necessidade de adaptação a mudanças constantes em contextos adversos, torna-se essencial a divulgação de experiências exitosas que possam contribuir para o desenvolvimento do conhecimento e de boas práticas. Assim, o objetivo deste estudo foi relatar as principais medidas adotadas para o manejo clínico do paciente com suspeita ou confirmação de covid-19 no pronto atendimento de um hospital da rede complementar de saúde.

METODOLOGIA

Desenho do estudo

Trata-se de estudo descritivo, do tipo relato de experiência, desenvolvido a partir da vivência de membros do Comitê de Crise para Enfrentamento da Covid-19 do Hospital Alberto Urquiza Wanderley (HAUW), em João Pessoa (PB). Apresenta-se o relato de experiência como uma reflexão sobre ações desenvolvidas em cadeia e cuja relevância foi evidenciada pelas soluções significativas desveladas na realização do estudo.

Obedecendo às questões éticas, obteve-se o consentimento da organização para a redação deste artigo.

Cenário de estudo

O HAUW caracteriza-se como serviço próprio da cooperativa de trabalho médico Unimed João Pessoa há mais de 20 anos, sendo referência em procedimentos de alta complexidade no estado da Paraíba. Sua estrutura conta com serviço de pronto atendimento, centro cirúrgico e obstétrico, unidades de internação, centro de diagnóstico e unidades de tratamento intensivo (UTIs). É considerado o primeiro hospital privado a receber certificação de acreditação, em 2010, alcançando a excelência em 2017 e uma certificação internacional em 2020. O hospital possui 238 leitos, corpo clínico composto por 685 médicos cooperados, 1.416 colaboradores assistenciais e administrativos e uma média de 10 mil atendimentos mensais antes da pandemia.

Com a pandemia, o pronto atendimento do HAUW teve seu fluxo totalmente modificado com base nas diretrizes e determinações da OMS, do Ministério da Saúde e do Plano de Contingência Estadual para Infecção Humana pelo Coronavírus (covid-19) da Paraíba. O serviço divide-se entre os setores de classificação de risco, recepção administrativa, consultórios médicos (clínica médica, cardiologia, obstetrícia, neurologia, ortopedia, cirurgia geral), área verde, área amarela, área laranja, área vermelha, sala de sutura e sala de traumatologia. Inicialmente, foi destinado um leito de isolamento para atendimento aos pacientes com suspeita ou confirmação de covid-19; com o aumento da demanda, fizeram-se necessárias a construção de um centro de triagem na área externa ao hospital e a ampliação da área de isolamento, redimensionada para até 26 leitos de observação e oito leitos de emergência (sala vermelha), conforme descrito no Plano de Capacidade Plena (PCP).

Período de desenvolvimento da experiência

Após a confirmação do primeiro caso de covid-19 no Brasil e frente ao cenário internacional, o serviço de emergência do HAUW iniciou a elaboração da logística para atendimento e aquisição de recursos materiais, físicos e humanos. No dia 9 de março de 2020, o pronto atendimento do hospital notificou seu primeiro caso suspeito de covid-19 e, no decorrer daquele mês, outros cerca de 200 casos foram considerados suspeitos.

O centro de triagem e a área de isolamento para atendimento exclusivo de covid-19 foram iniciados em abril de 2020. A assistência foi realizada nesse centro até setembro do mesmo ano, quando houve uma redução no número de pacientes que buscavam o pronto atendimento; então, o serviço foi readequado, com o atendimento de triagem sendo redirecionado para a área interna do hospital e seguindo as medidas de duplo fluxo, ancoradas nos protocolos de segurança.

Participantes da experiência

No período estudado, trabalhavam no pronto atendimento do HAUW 80 profissionais técnicos de enfermagem, 33 enfermeiros, 84 médicos, duas assistentes sociais, um fisioterapeuta, uma farmacêutica e 26 profissionais administrativos em regime de plantão. No atendimento de pacientes com covid-19 no isolamento, trabalhavam cinco técnicos de enfermagem, dois enfermeiros, um fisioterapeuta, dois médicos e um higienizador por turno. No centro de triagem, trabalhavam um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem no acolhimento e um recepcionista por turno, com funcionamento das 7h às 24h.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Institucionalização do Comitê de Crise para Enfrentamento da Covid-19

A certificação de acreditação internacional demandada ao HAUW trouxe consigo a estruturação de um comitê de crise, com o objetivo de planejar e coordenar atividades de preparação para os casos de emergências e desastres. Nesse sentido, a instituição já tinha *expertise* no formato de trabalho necessário para lidar com situações adversas, o que facilitou a estruturação do Comitê de Crise para Enfrentamento da Covid-19 no âmbito do hospital.

Nesse comitê, estavam presentes toda a diretoria do hospital, um representante da diretoria da Operadora Unimed João Pessoa, as gerentes de enfermagem, da qualidade e da equipe multidisciplinar, representantes

do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar e as principais lideranças assistenciais e dos processos de apoio da instituição. Tratou-se de uma equipe estruturada para um trabalho temporário de análise, decisão e controle, responsável pela gestão plena da situação emergencial à qual o hospital estava exposto.

Inicialmente, esse grupo se reunia semanalmente; à medida que a crise foi se instalando, com o aumento do número de atendimentos de pacientes com suspeita de covid, a periodicidade das reuniões passou a ser diária. Todas as reuniões eram iniciadas com a análise dos indicadores de atendimento e, a partir deles, as decisões eram tomadas.

No que se refere aos atendimentos nesse serviço, foi constatada em março de 2020 uma média de 6 mil atendimentos gerais (covid e não covid). Para identificar a demanda específica de atendimentos de covid-19, o sistema de informação foi parametrizado utilizando-se uma origem no banco de dados para diferenciar o quantitativo de pacientes. Assim, em abril do mesmo ano, foram identificados 527 atendimentos covid e 2.165 não covid (Tabela 1). Já no mês de maio de 2020, houve um aumento de aproximadamente 3 mil nos casos suspeitos de covid e a diminuição no número total de atendimentos não covid – dado que se justifica pelo fato de o HAUW ter se tornado referência na assistência aos pacientes com síndrome gripal. Vale ressaltar que os demais atendimentos foram direcionados para a rede credenciada à Unimed João Pessoa, garantindo a assistência às demais patologias e que a oferta de leitos para os pacientes com covid (suspeitos ou confirmados) fosse incrementada no HAUW.

Tabela 1 – Números de atendimento em emergência de pacientes covid e não covid entre abril de 2020 e abril de 2021 no Hospital Alberto Urquiza Wanderley (HAUW), João Pessoa (PB)

	ABR 2020	MAIO 2020	JUN 2020	JUL 2020	AGO 2020	SET 2020	OUT 2020	NOV 2020	DEZ 2020	JAN 2021	FEV 2021	MAR 2021	ABR 2021
Covid	527	3525	2857	2585	1834	1332	1896	3768	3747	2675	3645	4652	2487
Não covid	2165	1627	1591	2251	2807	3177	3632	3243	2975	3414	2860	2158	2583
Total	2692	5152	4448	4836	4641	4509	5528	7011	6722	6089	6505	6810	5070

Fonte: BI/HAUW, 2020-2021.

O desafio proposto pelo Comitê de Crise para Enfrentamento da Covid-19 foi assegurar a funcionalidade dos serviços oferecidos com qualidade no atendimento, garantindo os insumos e medicamentos necessários, além de preservar a segurança e a saúde dos colaboradores, médicos e clientes, colocando em prática novos protocolos e fluxos para lidar com a covid-19.

Para isso, o comitê realizava continuamente uma avaliação da conjuntura de três elementos: equipe, espaço e equipamento, com execução dos planos e fluxos de atendimento de acordo com os diferentes níveis de resposta a partir do PCP, que previa a necessidade de expansão das áreas de assistência conforme a demanda.

Construção do protocolo clínico de manejo do paciente com suspeita ou confirmação de covid-19

Em 3 de fevereiro de 2020, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 188, declarando “emergência em saúde pública de importância nacional”. A portaria recomendou que as secretarias estaduais e municipais de saúde e os serviços públicos e privados de saúde desenvolvessem planos de contingência, com medidas de resposta proporcionais e específicas aos riscos em curso, objetivando mitigar os riscos de transmissão sustentada e o aparecimento de casos graves com mortes subsequentes^{3,12}.

No Brasil, as emergências nacionais de saúde pública podem ser definidas como eventos que representam riscos à saúde pública, como surtos ou epidemias, desastres e situações em que há carência de assistência à população que vão além da capacidade do Estado¹³. Assim, diante do cenário de pandemia, fez-se necessário desenvolver e promover ações de resposta rápida a fim de monitorar e analisar os dados epidemiológicos, auxiliando as tomadas de decisão para definir estratégias e ações que fossem apropriadas para lidar com a situação de emergência de saúde pública^{4,14}.

O primeiro caso confirmado de covid-19 no Brasil e na América Latina foi registrado no dia 26 de fevereiro de

2020 em São Paulo. O perfil desse caso era um idoso de 61 anos com histórico de viagem ao norte da Itália. A partir desse evento, os números de casos aumentaram exponencialmente em diversas cidades do país, levando o Ministério da Saúde a decretar transmissão comunitária em menos de um mês¹⁵.

No dia 9 de março de 2020, houve o primeiro caso suspeito no HAUW: um paciente procedente da Europa com relato de síndrome gripal. Após a realização de exames clínicos, o paciente – que apresentava queixas leves – recebeu alta com orientação de isolamento domiciliar; o caso foi notificado à Vigilância Epidemiológica de Saúde do município. No dia 13 de março, houve o segundo caso suspeito: uma paciente procedente da Itália que apresentava quadro de síndrome gripal e alteração em exames laboratoriais e tomografia, com necessidade de internação para investigação. A partir desse segundo caso, foi reservada uma ala com oito apartamentos exclusivos para internação de pacientes com suspeita e/ou confirmação de covid-19. A ala foi aumentada gradativamente conforme a demanda, chegando a 140 leitos de internação clínica e 87 de terapia intensiva ao longo do tempo de assistência na pandemia.

A ascensão de casos suspeitos também provocou a necessidade de elaboração de um protocolo de manejo clínico com o objetivo de direcionar as tomadas de decisão, garantindo celeridade ao atendimento e prevenindo o colapso do sistema. Por decisão do comitê, foi formada uma equipe responsável pela construção do documento, composta por quatro médicos – sendo dois representantes do Serviço de Controle de Infecção, um do Escritório da Qualidade e um da Gestão Clínica –, uma enfermeira responsável pelo processo de atendimento em emergência e uma farmacêutica clínica.

A primeira versão do documento foi criada em abril de 2020. Em consequência da dinâmica das descobertas científicas e priorizando a saúde baseada em evidência, ao longo dos meses o protocolo passou por diversas alterações, principalmente no que se refere ao tratamento. A última versão, apresentada neste estudo, foi revisada em março de 2021 (Figura 1).

DEFINIÇÃO DE SÍNDROME GRIPAL Paciente com **pelo menos 2** dos sintomas respiratórios:

- Tosse
- Falta de ar ou dificuldades para respirar
- Febre
- Anosmia
- Calafrios
- Mialgia
- Cefaleia
- Dor de garganta
- Nova perda de paladar ou olfato

PA DE ISOLAMENTO

SEM SINTOMA GRIPAL GRAVE

CLASSIFICAÇÃO AZUL

Sem sinais de gravidade
Idade < 55 anos
Sem comorbidades*

Alta para casa com orientações, reabrir e atestado

Acompanhamento por telemedicina e call center a cada 24h

CLASSIFICAÇÃO AMARELA

Idade > 55 anos e/ou Comorbidades*
Sem sinais de gravidade

Encaminhar para área de isolamento

Solicitar TC

Resultado da TC

TC+
Em caso de alteração maior que 50% dos campos pulmonares, solicitar internação

Abrir Protocolo Covid

TC-
Acompanhamento domiciliar, retornar se dispnéia

***Sinais de Gravidade:**

- Dispnéia
- Saturação de oxigênio < 94%
- Diminuição da pressão arterial (<90 x 60 mmHg)
- Confusão mental
- Hemoptise
- FR > 30lpm
- FC > 120bpm
- SAO2 < 93% em ar ambiente

***Comorbidades/Condições Clínicas de Risco:**

- Doenças crônicas
- Doença cardíaca
- Insuficiência cardíaca mal controlada
- Doença cardíaca isquêmica descompensada
- Doenças respiratórias crônicas
- DPOC e asma mal controlados
- Doenças pulmonares intersticiais com complicações
- Fibrose cística com infecções recorrentes
- Displasia broncopulmonar com complicações
- Doenças com dente pulmonar crônica ou prematuro
- Doenças pulmonares em estágio avançado (graus 3, 4 e 5)
- Pacientes em diálise
- Imunossupressos
- Transplantados de órgãos sólidos e de medula óssea
- Imunossupressão por doenças e/ou medicamentos (em vigência de quimioterapia/radioterapia, entre outros medicamentos)
- Portadores de doenças crônicas e com estados de fragilidade imunológica (ex: Síndrome de Down)
- Diabetes
- Gravidez
- IMC > 35
- Persistência da febre maior que 5 dias

COM SINTOMA GRIPAL GRAVE

CLASSIFICAÇÃO LARANJA

Sinais de Gravidade**

Encaminhar para área de isolamento

Solicitar exames LABORATORIAIS

Solicitar TC

Resultado da TC

TC+
Abrir Protocolo Covid

Solicitar INTERNAR na Unidade Aberta de Isolamento

TC-
Avaliar clinicamente a necessidade de internação

CLASSIFICAÇÃO VERMELHA

Encaminhar para cuidados críticos (área vermelha/ventilação)

Solicitar exames LABORATORIAIS

Solicitar TC

Avaliar critério de indicação de ventilação em UTI tipo Covid-19

Abrir Protocolo Covid

***Sinais de Gravidade:**

- Respiração inadequada
- Cianose
- Relaxamento do nível de consciência
- Pulso fraco ou inexistente
- Insuficiência respiratória aguda

***Comorbidades/Condições Clínicas de Risco:**

- Insuficiência respiratória aguda com necessidade de suporte de ventilação mecânica
- Insuficiência respiratória com necessidade de aporte de O₂ quando:
 - PICO2 >= 55mmHg e pH < 7.3
 - PO2 > 50% para manter SAO2 > 94%
- Sepsis / Choque Séptico e infecção pulmonar pelo COVID-19
- Necessidade de vasopressores
- Difusão ou falência orgânica em qualquer outro sistema além do pulmonar
- qSOFA >= 2 ou qSOFA > 1 com SAO2 < 92%
- Ausência dos fatores acima: sempre discutir caso individualmente com coordenação médica da UTI
- Em caso em que seja indicado ventilação não-invasiva (NIV), se for COVID-19 deve ser eficientado de imediato para intubação entotraqueal (a utilização de VNI deve ser evitada)

Para a construção do protocolo, foi considerada a seguinte definição de síndrome gripal (SG): indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por sensação febril ou febre (na suspeita de covid-19, a febre pode não estar presente), mesmo que relatada, acompanhada de tosse e/ou dor de garganta e/ou coriza e/ou dificuldade respiratória.

Elaboração do fluxo de atendimento de pacientes com suspeita ou confirmação de covid-19, conforme protocolo de manejo

1) Acolhimento no pronto atendimento

Ao chegar na porta de entrada do serviço, o paciente era acolhido pelo técnico de enfermagem, paramentado com os equipamentos de proteção individual (EPIs) de precaução para contato e aerossóis. Se relatasse sintomas gripais, era direcionado para a área de triagem externa; caso contrário, seguiria o fluxo de atendimento de pacientes não covid-19 na área interna do hospital em duplo fluxo.

2) Triagem com classificação de risco

Na triagem externa inicial, o paciente era direcionado para a consulta com a enfermagem, na qual era realizada a classificação de risco pela enfermeira, conforme protocolo instituído pelo serviço. Desde o início da pandemia, os cuidados com a população pertencente aos grupos de risco, como idosos e portadores de comorbidades, vinham se destacando como prioridade na assistência à saúde devido ao risco de formas mais graves da covid-19 e de mortalidade pela doença. Desse modo, verificou-se a necessidade de elaborar um novo instrumento de triagem, com a inclusão de fatores de risco como idade avançada, obesidade e doenças crônicas (diabetes, cardiopatias, hipertensão, doença renal e outras) como direcionadores da classificação.

Para essa triagem, foi criada uma ficha exclusiva de classificação de risco que se enquadrava nos critérios elencados pelo Ministério da Saúde para suspeita de covid-19. A ficha direcionava, de acordo com os sinais/sintomas de alarme identificados e os fatores de risco relatados, a priorização do atendimento e o fluxo que deveria ser seguido conforme a cor da classificação. A ficha também continha o número de dias dos sintomas, orientando a elegibilidade ou não para coleta de RT-PCR para pesquisa de Sars-CoV-2. Para a testagem, foi viabilizada uma sala de coleta e registro no sistema de notificação do Ministério da Saúde (eSUS Notifica).

Ressalta-se que, no acolhimento, o paciente que chegasse em instabilidade clínica era imediatamente conduzido para a área de isolamento (vermelha), considerando a situação de emergência com a avaliação da necessidade de internação.

3) Atendimento conforme classificação azul

Segundo o fluxo do protocolo de manejo clínico, o paciente que não apresentasse sinais de gravidade e/ou que tivesse idade menor que 55 anos e/ou que não tivesse comorbidades recebia classificação azul, com direcionamento para alta domiciliar, orientação de isolamento social e tratamento medicamentoso (se necessário), recebimento do atestado médico, além do acompanhamento por telemedicina e *call center* a cada 24 horas para monitoramento caso surgissem sinais de alerta.

4) Atendimento conforme classificação amarela

Os pacientes recebiam classificação amarela quando apresentavam idade maior que 55 anos e/ou comorbidades, porém sem sinais de gravidade da doença. Após avaliação médica na triagem, o paciente era direcionado para a área de isolamento. Era solicitada tomografia computadorizada (TC), determinante para a tomada de decisão:

- a. caso o resultado da TC não evidenciasse comprometimento pulmonar, o paciente seguia para acompanhamento domiciliar por telemedicina, com orientação de retorno em caso de dispneia;
- b. para resultados de TC com comprometimento maior que 50% dos campos pulmonares, era solicitada internação e abertura do Protocolo Covid, com requisição para investigação por meio de exames laboratoriais.

5) Atendimento conforme classificação laranja

Os pacientes com sinais de gravidade eram encaminhados para a área de isolamento, sendo solicitado o pacote de exames laboratoriais e TC. Nos casos em que o resultado da TC não indicava comprometimento pulmonar, considerava-se a avaliação clínica para necessidade de internação; nos casos com comprometimento pulmonar, abria-se Protocolo Covid, solicitando internação (clínica ou tratamento intensivo).

6) Atendimento conforme classificação vermelha

A classificação vermelha era determinada pela criticidade do paciente com risco iminente de óbito. Os pacientes eram encaminhados à área vermelha para avaliação da necessidade de suporte ventilatório, requisição de exames laboratoriais, TC e solicitação de internação em terapia intensiva com abertura do Protocolo Covid.

Disseminação do protocolo de manejo clínico e qualificação profissional

Após a elaboração do protocolo, foi realizada a implementação no pronto atendimento, acompanhada da qualificação de todos os profissionais quanto a: preenchimento da ficha de classificação de risco; diferentes fluxos de atendimento e como os profissionais

deveriam atender no cenário em curso; cuidados de proteção individual, com uso de EPIs; protocolo de intubação do paciente com covid; e intensa capacitação das equipes destinadas a atuar dentro da área de isolamento e no centro de triagem. A técnica de simulação realística foi utilizada para facilitar o processo de aprendizagem e aproximá-lo da realidade prática.

Melhoria nos indicadores de resultado do processo assistencial

O atendimento dos pacientes acometidos pela covid-19 exigiu uma reestruturação imediata do pronto atendimento. Em um curto período, foi necessário designar novos planos de contingência baseados em experiências hospitalares em âmbito internacional e nacional, bem como redesenhar a assistência de todo o serviço de urgência e emergência.

O desempenho do processo de atendimento de emergência no enfrentamento da pandemia, por meio das ações implementadas, foi mensurado pela ficha de classificação exclusiva para pacientes com covid, pelo fluxo de atendimento com direcionadores assistenciais, pelo protocolo de manejo clínico para covid e pela qualificação profissional. Todos esses elementos geraram resultados efetivos na gestão do processo, evidenciados pela taxa de assertividade da ficha de classificação de risco e pelo tempo da tomada de decisão clínica.

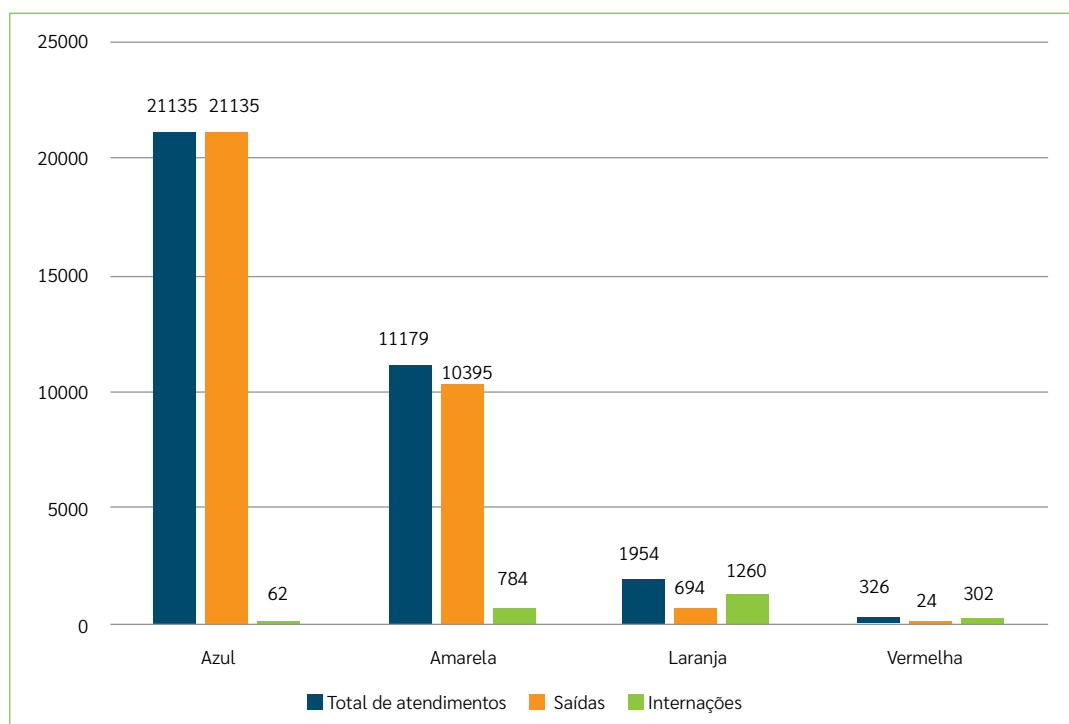
Com a utilização da ficha exclusiva para classificação de pacientes com covid e do protocolo de manejo clínico, observou-se maior assertividade na definição de alta domiciliar ou de internação em relação ao número total de atendimento, considerando todas as classificações de risco por cores.

No período de abril de 2020 a abril de 2021, a melhor evidência apresentou-se nas classificações azul e vermelho: verificou-se que, entre os atendimentos azuis (21.135), houve apenas 62 internações, com taxa de efetividade de 99,70%, ou seja, quase

a totalidade dos pacientes recebia alta para o domicílio com acompanhamento por telemedicina conforme direcionamento do fluxo, sem necessidade de internação no serviço; considerando-se os atendimentos com classificação vermelha (326), cerca de

302 culminaram na internação em terapia intensiva, com taxa de efetividade de 92,6% (os demais corresponderam a casos de transferência e óbito antes da internação). Os dados de todas as classificações são apresentados no Gráfico 1.

Gráfico 1 – Número de atendimentos, saídas e internações, de acordo com a cor da classificação de risco, de abril de 2020 a abril de 2021, no Hospital Alberto Urquiza Wanderley, João Pessoa (PB)



Fonte: Elaboração dos autores, 2021.

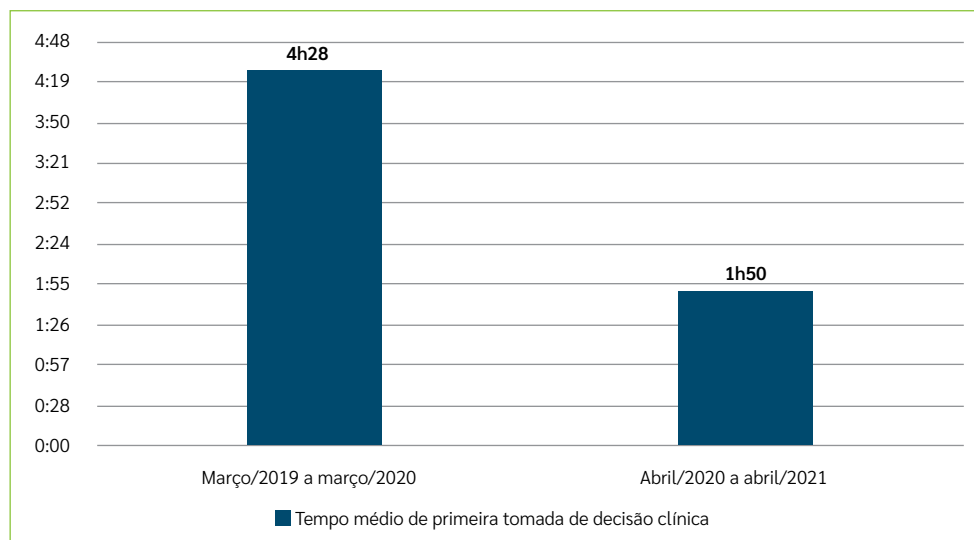
Para os atendimentos com classificações amarela (11.179) e laranja (1.954), verificou-se solicitação de internação de 784 e 1.260, respectivamente. Nessas classificações, não foi possível verificar a taxa de assertividade por meio do número de internações/altas, devido à necessidade de avaliação da condição clínica do paciente para tomada de decisão, possibilitando duas condições: acompanhamento domiciliar ou internação. Contudo, ao avaliar o atendimento dos pacientes que possuíam sinais de gravidade e que foram classificados como laranja, constatou-se que cerca de 65% foram internados, caracterizando efetividade deste fluxo.

Já o indicador de resultado do processo assistencial, “percentual de primeira tomada de decisão no tempo”, é representado pela média de tempo da tomada de decisão clínica, entre a alta ou internação no serviço, em até quatro horas. No período entre março de 2019 e março de 2020, o tempo médio foi de 4h28min; após a mudança de perfil de atendimento, com a implantação da classificação exclusiva e do protocolo de manejo clínico, obteve-se um tempo de tomada de decisão de 1h50min no período de abril de 2020 a abril de 2021 (Gráfico 2). Esse resultado demonstra a otimização do tempo na tomada de decisão clínica,

garantindo mais agilidade nos processos e efetividade na assistência à saúde dos beneficiários, maior

satisfação do cliente e melhoria no gerenciamento dos custos operacionais.

Gráfico 2 – Comparação do tempo médio de primeira tomada de decisão clínica no Hospital Alberto Urquiza Wanderley, João Pessoa (PB)



Fonte: Elaboração dos autores, 2021.

É extremamente relevante garantir que todo paciente que chega à instituição tenha seu risco classificado o mais brevemente possível, para diminuir o tempo de contato entre os pacientes e controlar a disseminação da covid-19¹⁷.

CONCLUSÃO

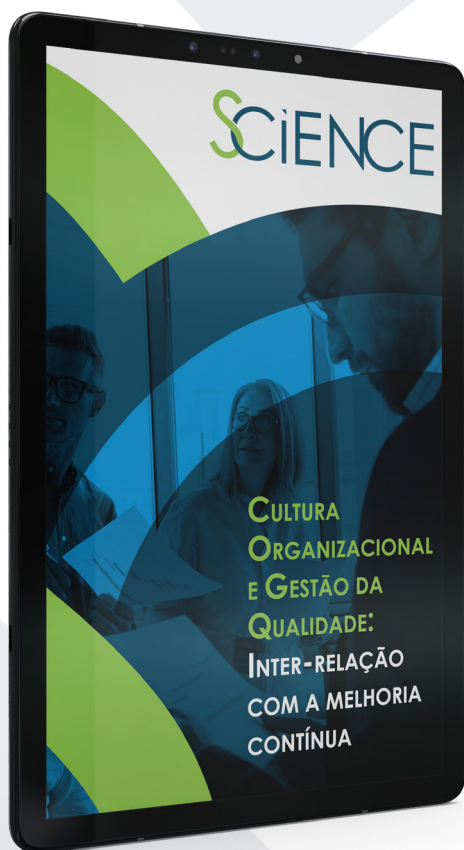
Relatar a experiência do pronto atendimento do HAUW quanto à implementação do protocolo de manejo clínico dos pacientes com suspeita ou confirmação de covid-19 possibilita uma reflexão sobre todo o processo no percurso da assistência. Registrar as etapas de remodelação dos atendimentos e suas implicações contribui para que outras emergências hospitalares possam aproveitar essas experiências e incorporá-las a sua prática assistencial. A experiência vivenciada frente ao cenário da pandemia vigente possibilita a qualificação dos colaboradores e preparo para novas emergências em saúde pública.

No contexto da assistência aos pacientes com covid-19, foi possível evidenciar algumas limitações nos processos implementados devido, principalmente, às frequentes mudanças nos dados referentes à covid-19 e às rigorosas revisões sistemáticas no manejo clínico da doença. Diante desse cenário dinâmico, ocorreram atualizações, sempre que necessário, tanto nos processos quanto nos fluxos de atendimento. Por vezes, verificaram-se fragilidades nos processos de comunicação e acompanhamento em relação às modificações estabelecidas conforme os níveis de resposta.

Por fim, cabe à equipe gestora do processo o desafio de desenvolver pesquisas empíricas, com análises mais robustas dos resultados obtidos, para o compartilhamento científico. Entretanto, considera-se que a experiência aqui relatada se traduz em uma prática exitosa, baseada nos conceitos de gestão de processos, gerenciamento de custos, qualidade assistencial e segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Guan W, Ni Z, Hu Y, Liang W, Ou C, He J et al. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. *N Engl J Med*. [Internet]. 2020 [cited 2021 Jul 17];382:1708-20. Available from: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2002032>
2. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *The Lancet*. [Internet]. 2020 [cited 2021 Jul 17];395(10223):497-506. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30183-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30183-5/fulltext)
3. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 188, de 3 de fevereiro de 2020. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV) [Internet]. Brasília: Diário Oficial da União; 2020 [cited 2021 Jul 18]; Seção Extra:1. Available from: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>
4. World Health Organization (WHO). A systematic review of public health Emergency Operations Centres (EOC). Geneva: WHO; 2013 [cited 2021 Jul 16] Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/99043/WHO_HSE_jsessionid=2605B2EF7BE919F816BE947E19F2F25A?sequence=1.
5. Reis LM, Lago PN, Santos AH, Nobre VNN, Rodrigues AP. Atuação da enfermagem no cenário da pandemia COVID-19. *Nursing* [Internet]. 2020 [cited 2022 jan 21];23(269):4765-68. Available from: <https://doi.org/10.36489/nursing.2020v23i269p4765-4772>
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. 2020 [cited 2021 Jul 17]. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/joao-pessoa/panorama>
7. Branco A, Milanesi R, Sakamoto VTM, Araujo BR, Caregnato RC. Serviço de emergência hospitalar: fluxos de atendimento a pacientes suspeitos ou confirmados para COVID-19. *Enferm. Foco* [Internet]. 2020 [cited 2022 jan 21];11(1):199-204. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3759>
8. Oliveira KT, Junior JLG, Camandoni VO, Sousa JF, Canteras JS, Lima JL et al. Principais medidas tomadas para a mudança dos processos assistenciais durante a pandemia por COVID-19. *Enferm. Foco* [Internet]. 2020 [cited 2022 Jan 21];11(1):235-8. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3764>
9. Massuda A, Malik AM, Junior WCF, Neto GV, Lago M, Tasca R. Pontos-chave para gestão do SUS na resposta à pandemia COVID-19. *Nota Técnica n. 6* [Internet]. São Paulo: IEPS; 2020 [cited 2022 Jan 21]. Available from: <https://ieps.org.br/pesquisas/pontos-chave-para-gestao-do-sus-na-resposta-a-pandemia-covid-19/>
10. Novaes HM. Acreditação hospitalar e o enfrentamento ao covid-19. *Rev. Adm. Saúde* [Internet]. 2021 [cited 2021 Jul 15];21(82):e278. Available from: <http://dx.doi.org/10.23973/ras.82.278>
11. Nascimento JCM, Gravena AAF, Júnior MM. Acreditação hospitalar como ferramenta para a gestão da qualidade no Brasil: características, avanços e desafios. *Rev. Admin. Hosp. Inov. Saúde* [Internet]. 2020 [cited 2021 Jul 15];17(4). Available from: <https://doi.org/10.21450/rahis.v17i4.6347>
12. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano de Contingência Nacional Para Infecção Humana Pelo Novo Coronavírus COVID-19. 1ª ed. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [cited 2021 Jul 16]. Available from: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/plano-contingencia-coronavirus-COVID19.pdf>
13. Ministério da Saúde. Decreto n. 7616, de 17 de novembro de 2011. Dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional - ESPIN e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde - FN-SUS. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [cited 2021 Jul 16]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7616.htm
14. Centers for Disease Control and Prevention. [Internet]. Atlanta: CDC; 2020 [cited 2021 Jul 16]. CDC Emergency Operations Center [about 2 screens]. Available from: <https://www.cdc.gov/cpr/eoc.htm>
15. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde declara transmissão comunitária nacional. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [cited 2021 Jul 17]. Available from: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46568-ministerio-da-saude-declara-transmissao-comunitaria-nacional>
16. Mackway-Jones K, Marsden J, Windle J. Emergency triage: Manchester Triage Group. 4th ed. Oxford: Blackwell; 2017.
17. Grupo Brasileiro de Classificação de Risco. Nota técnica 002/20: Novo Coronavírus COVID-19 [Internet]. 2020 Mar 24 [cited 2021 Jul 20]. Available from: <https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/Nota-T%C3%A9cnica-Coronavirus-24-de-mar%C3%A7o-2020.pdf>



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 de 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 o 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, webinars 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