

SCIENCE

Vol. 2, No. 2 (abr./jun. 2021)

O FOCO DA
INOVAÇÃO É A
CONVERSÃO
DE IDEIAS EM
VALOR.



SCIENCE

Vol. 2, No. 2 (abr./jun. 2021)

Editora-chefe

Mara Márcia Machado

Editor-executivo

Bruno Cavalcanti Farras

Editora científica

Geovana Magalhães Ferecini Tomasella

Conselho Editorial

Lucieli Dias Pedreschi Chaves

Comitê Científico

Adriana Freitas Silva

Ariadine Cristina Rodrigues de Oliveira

Elizabeth Fernandes Reis

Lucianna Novaes

Michel Matos de Barros

Regina Celia Gatto Cardia de Almeida

Direção de arte - diagramação

DK Studio

Bia Gomes

Edição e revisão

Mariana Leite

Dalila Alves

Fotos

Shutterstock



Carta da editora

A coisa mais empolgante que fizemos durante o primeiro ano da pandemia foi lançar o *Revista Science*, um periódico voltado para líderes da área da saúde da próxima geração.

O ano de 2021 começou trazendo mudanças no contexto mundial, com a chegada da vacina da covid-19, a identificação de novas variantes do coronavírus e a segunda onda da pandemia.

Muitos têm sido os desafios enfrentados pelas organizações e pela sociedade, mas muitas oportunidades também surgiram. Para esta edição, selecionamos artigos que trazem reflexões e inspirações nas perspectivas de liderança e estratégia.

Queremos estimular a compreensão dos fenômenos que interferem nas decisões presentes e futuras das organizações de saúde, antecipando mudanças e colocando propósito e resiliência no centro do exercício da liderança. Assim, buscamos fomentar a presença executiva dos líderes e impactar todos, por meio de uma narrativa mobilizadora, engajadora e, acima de tudo, inspiradora.

Os papéis mais importantes desta publicação são manter vivos os princípios da gestão da qualidade e estar a serviço das organizações e de seus propósitos.

O momento ainda é de incertezas, mas construir uma nova sociedade visando a um futuro promissor nos ajudará a impulsionar a mudança tecnológica e a reduzir os riscos. Combinados, esses dois fatores levarão a mais e melhores empregos, ocupados por trabalhadores mais produtivos, e a um futuro mais próspero.

Isso não significa que vá ser fácil. Não vai. A próxima década será decisiva.

A nosso leitor, aconselho abraçar o fato de que as organizações são construídas por pessoas e definidas pelas relações entre elas. Portanto, sua missão como gestor de saúde é buscar e promover relacionamentos significativos com funcionários, clientes, parceiros e fornecedores.

Boa leitura!

Mara Márcia Machado
Editora-chefe

Sumário



- | | | | |
|-----------|--|-----------|---|
| 05 | Editorial 1
Os desafios atuais para o uso das informações em saúde | 31 | Artigo Original 4
Percepções de profissionais de saúde brasileiros quanto ao clima de segurança institucional no cenário da covid-19 |
| 08 | Artigo Original 1
Assistência farmacêutica na atenção primária à saúde como forma de integração do cuidado | 41 | Artigo Original 5
Operacionalização dos serviços de saúde bucal com ênfase na integração multiprofissional na atenção primária e secundária |
| 16 | Artigo Original 2
Uso de ferramentas digitais para diminuição do absenteísmo e do reagendamento em consultas ambulatoriais | 49 | Estudo Teórico 1
Modelo de excelência operacional em uma Organização Social de Saúde |
| 21 | Artigo Original 3
Avanços para a qualidade em saúde sob a perspectiva de gente e gestão | 58 | Institucional |
| | | 59 | Normas de submissão |

Os desafios atuais para o uso das informações em saúde

Rosane Barreto Cardoso^a

^a Graduação em Enfermagem pela Universidade Paulista (Unip); especialização em Gestão em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp); pós-graduação em Docência para o Ensino Superior em Enfermagem pela Faculdade Aldeia de Carapicuíba (Falc); especialização em Planejamento, Implementação e Gestão de EAD pela Universidade Federal Fluminense (UFF); especialização em Enfermagem em Cardiologia pela Unifesp; especialização em Informática em Saúde pela Unifesp; mestrado em Ensino em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp); doutorado em Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ); enfermeira de Desenvolvimento Operacional e Administrativo do Hospital Unimed Rio, Rio de Janeiro/RJ.

A pandemia de covid-19 acelerou a transformação digital no mundo inteiro, inclusive na área da saúde. A saúde digital compreende o uso de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) para produzir e disponibilizar informações voltadas ao tratamento de pacientes, a pesquisas, à aprendizagem, ao treinamento e ao acompanhamento de doenças. Dentro deste conceito, temos a telemedicina, a teleconsulta e o uso da inteligência artificial, entre outros recursos tecnológicos aplicados para alcançar maior eficiência no trabalho em prol da saúde.

Tornou-se prática comum a disponibilização de prontuários e diagnósticos de pacientes em plataformas virtuais, como forma de facilitar e tornar mais eficiente e organizada a relação entre médico, paciente e instituição de saúde. A disponibilização virtual de prontuários médicos é regulamentada no Brasil pela Lei nº 13.787/2018^b, que dispõe sobre a digitalização e a utilização de sistemas informatizados para a guarda, o armazenamento e o manuseio de prontuários de pacientes. No trato desses dados, as instituições e os profissionais da saúde também estão sujeitos ao Código de Ética correspondente a sua categoria profissional e a outras legislações, como a Lei nº 13.709/18^c (Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD), que determina as principais condições para a coleta e o tratamento de dados pertencentes aos cidadãos.

No contexto hospitalar, o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) é uma TIC cada vez mais usada nos serviços de saúde. O PEP é considerado uma ferramenta segura para armazenar informações e compartilhá-las entre os integrantes da equipe multiprofissional de saúde. Além disso, possibilita a integração dos dados

do paciente, auxiliando a integralidade da assistência de saúde que lhe é prestada.

A ferramenta permite a criação de avaliações estruturadas para a coleta de informações relevantes, assim como uso de outros recursos tecnológicos que facilitam o registro e armazenamento de diversos tipos de dados. As informações contidas no PEP são importantes também para a gestão em saúde.

Os profissionais de saúde que efetuam os registros precisam aprender a utilizar esses dados em prol da saúde do paciente. Devem enxergar o PEP não apenas como um processo burocrático de registro ou um simples repositório de informações, mas sim como uma ferramenta que poderá otimizar seu trabalho e melhorar a qualidade do cuidado prestado.

A ferramenta possibilita o processamento de informações – como história clínica, diagnóstico, prognóstico, condutas e planos de cuidado, resultados de exames clínicos, laudos, imagens e demais anotações complementares – de forma analítica para a tomada de decisão clínica. Assim, a gestão dos dados do prontuário pode melhorar a compreensão da jornada do paciente nos serviços de saúde visando a melhorias na qualidade do cuidado.

Mas será que os dados registrados em saúde estão sendo utilizados de forma segura para otimizar a qualidade e a assistência à saúde do paciente, seja no presente, seja para o futuro?

Além do PEP, a área da saúde tem vivenciado uma explosão de dados vindos das mais diversas origens, tais como registros médicos eletrônicos e dispositivos eletrônicos de saúde (por exemplo, *smartphones*) que monitoram as atividades dos pacientes. Um dos desafios

^b Brasil. Lei nº 13.787, de 27 de dezembro de 2018. Dispõe sobre a digitalização e a utilização de sistemas informatizados para a guarda, o armazenamento e o manuseio de prontuário de paciente. Brasília (DF): Presidência da República, Secretaria-Geral Subchefia para Assuntos Jurídicos; 2018 [cited 2021 May 14]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/L13787.htm

^c Brasil. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Brasília (DF): Presidência da República, Secretaria-Geral Subchefia para Assuntos Jurídicos; 2018 [cited 2021 May 14]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/L13709.htm

dessa avalanche informacional na saúde é analisar esses grandes bancos de dados: o chamado *Big Data*, termo inglês que define grandes conjuntos de dados que precisam ser processados e armazenados. As instituições de saúde vêm aderindo cada vez mais às plataformas analíticas para gerenciamento de custos e de dados clínicos – e até mesmo para a prevenção, uma vez que a análise dos dados pode gerar indicadores para o mapeamento epidemiológico, contribuindo para estudos precisos e intervenções certas.

Utilizar o *Big Data* em saúde requer um conjunto de habilidades, tais como: ter pensamento crítico, para fazer análises objetivas; fazer análises de risco precisas, visando à melhoria dos processos; usar a criatividade para conseguir conectar informações aparentemente distintas e construir novas ideias; ter capacidade de solucionar problemas indefinidos e novos em ambientes reais.

A privacidade e a segurança da informação são fatores ainda mais delicados quando se trata dos registros

médicos dos pacientes. Vale lembrar que os dados de saúde têm natureza individual, sendo que grande parte deles é caracterizada como sensível, pois são dados relacionados diretamente à saúde e à intimidade do paciente. Esses dados só podem ser coletados e acessados por profissionais de saúde (que têm obrigação legal de sigilo profissional) em benefício do tratamento do próprio paciente^d. Para outros fins, a utilização desses dados requer o consentimento do paciente.

É inegável que os dados armazenados nos inúmeros sistemas informatizados de saúde são essenciais para a gestão dos serviços, para os cuidados e a atenção aos pacientes, para subsidiar pesquisas e para o enfrentamento das situações sanitárias atuais.

Cabe-nos agora um desafio ainda maior: o desenvolvimento de métodos estruturados e seguros para o uso das informações em saúde. Esse processo precisa envolver o preparo dos profissionais para lidar com esses dados e, principalmente, dos líderes, para a tomada de decisão assertiva.

^d Conselho Federal de Medicina (BR). Resolução CFM nº 1.605/2000. O médico não pode, sem o consentimento do paciente, revelar o conteúdo do prontuário ou de ficha médica. Brasília (DF), 15 Sept. 2000 [cited 2021 May 14]. Available from: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2000/1605>

Assistência farmacêutica na atenção primária à saúde como forma de integração do cuidado

Mônica Soares Costa Veiga^a, Melyne Serralha Rocha^b,
Adriana de Cássia Serafim Gomes^c, Leticia Moreira Sartori Marçal^d

Resumo

O trabalho relata a experiência do desenvolvimento de uma ferramenta para o acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes atendidos na atenção primária à saúde em Uberlândia (MG). A assistência farmacêutica foi realizada por meio de intervenções em pacientes identificados, via sistema de gestão *Fast Medic*, como usuários de polifarmácia (76%) e não aderentes farmacológicos (8%). Demonstrou-se que os medicamentos mais utilizados por pacientes em uso de polifarmácia foram: (i) ácido acetilsalicílico (10,6%); (ii) sinvastatina (9,88%); (iii) hidroclorotiazida (8,13%); (iv) losartana (7,97%); e

^a Graduação em Farmácia pela Universidade de Uberaba (UNIUBE); mestrado e doutorado em Genética e Bioquímica pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU); pós-doutoranda em Genética e Bioquímica pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU); farmacêutica da Atenção Primária, Missão Sal da Terra, Uberlândia/MG.

^b Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU); especialização em Gestão em Saúde Pública pelo Centro Universitário do Triângulo (Unitri); diretora da Atenção Primária, Missão Sal da Terra, Uberlândia/MG.

^c Graduação em Farmácia pelo Centro Universitário do Triângulo (Unitri) e Tecnologia Química e Ciências Exatas pela Universidade de Franca (Unifran); especialização em Educação pela Unifran e Farmácia Magistral pelo Instituto de Pesquisa Tecnológica e Controle de Qualidade (INTECQ); farmacêutica da Atenção Primária, Missão Sal da Terra, Uberlândia/MG.

^d Graduação em Farmácia pela Universidade Presidente Antônio Carlos (UNIPAC); especialização em Farmácia Clínica e Assistência Farmacêutica pela Faculdade Venda Nova do Imigrante (FAVENI); MBA executivo em Gestão Financeira, Perícia e Auditoria pela Faculdade Uberlandense de Núcleos Integrados de Ensino e Aprendizagem (UNIESSA); farmacêutica da Atenção Primária, Missão Sal da Terra, Uberlândia/MG.

(v) gliclazida (7,09%). Constatou-se a relevância da atuação da assistência farmacêutica na atenção primária junto com a equipe multidisciplinar para a promoção e a prevenção da saúde dos pacientes, bem como a importância do aprimoramento da integração do cuidado.

Palavras-chave: Assistência farmacêutica; Atenção primária à saúde; Polifarmácia; Não adesão farmacológica.

INTRODUÇÃO

Os sistemas de saúde têm como objetivo principal promover, recuperar e manter a saúde de uma população por meio de ações e serviços que buscam proporcionar uma assistência efetiva, contínua e humanizada a seus pacientes. Nesse sentido, a integração desses serviços é um desafio constante dos sistemas de saúde ¹.

Estratégias que garantem a integração de cuidados resultam em serviços de saúde com maior equidade e integralidade, principalmente para aqueles pacientes com necessidades complexas em saúde e que demandam um cuidado multiprofissional. Dessa forma, a fragmentação do cuidado e a falta de gestão dos níveis de atenção à saúde podem culminar com prejuízos para os pacientes, tais como (i) baixa qualidade no cuidado, (ii) polifarmácia e (iii) aumento de intervenções desnecessárias, além de elevar os gastos de todo o sistema de saúde^{2,4}.

A atenção primária à saúde (APS) desempenha um papel primordial na integração dos cuidados, visto que garante uma oferta integral em saúde por meio de relações e fluxos estabelecidos com os diferentes níveis do sistema, garantindo o acesso universal ao Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, a coordenação dos cuidados pela APS provê aos pacientes o atendimento de suas necessidades de forma efetiva, com elevada qualidade e de maneira contínua. Ainda na mesma perspectiva, a integração do cuidado presume a integração clínica entre os profissionais de saúde, com diferentes práticas e tecnologias que

possam garantir a saúde de forma integral ao usuário. A equipe multiprofissional, portanto, tem um papel central na resolubilidade e na coordenação do cuidado ao usuário^{5,6}.

A integração do profissional farmacêutico na APS ocorreu, sobretudo, com a expansão do modelo de estratégia da família, que permitiu a introdução dos cuidados farmacoterapêuticos aos pacientes do sistema de saúde e promoveu a integralização desse profissional com os demais. A assistência farmacêutica tem como finalidade promover o acesso ao uso racional de medicamentos, assim como o acompanhamento terapêutico e a continuidade do cuidado^{7,9}. Nesse aspecto, o uso racional de medicamentos é um dos princípios básicos da Política Nacional de Medicamentos (PNM), que garante aos pacientes medicamentos de forma gratuita, em condições adequadas, em doses seguras e com qualidade^{8,9}.

A presença da assistência farmacêutica na APS implica uma série de benefícios para os pacientes, tais como melhor adesão à terapia medicamentosa, acompanhamento personalizado, aprimoramento no plano de cuidados e melhor evolução clínica, evitando a agudização de doenças crônicas. Adicionalmente, o acompanhamento farmacoterapêutico pode evitar interações medicamentosas, reduzindo esquemas farmacológicos múltiplos muitas vezes utilizados para sanar sintomas causados pelo processo de interação medicamentosa^{10,11}.

Finalmente, no âmbito da APS, o papel do farmacêutico é fundamental em ações como revisão da

farmacoterapia, conciliação medicamentosa e aconselhamento à pessoa usuária, bem como ações de acompanhamento dos resultados da farmacoterapia. O farmacêutico é visto como um agente de transformação tanto para os usuários, em sua relação com os medicamentos utilizados, quanto para toda a equipe do serviço de saúde. As intervenções do profissional farmacêutico contribuem para a melhoria dos processos da atenção primária à saúde como um todo, uma vez que o medicamento ainda ocupa um espaço central na maior parte dos projetos terapêuticos.

Neste contexto, surge a necessidade de aplicação de ferramentas para o acompanhamento da terapia medicamentosa dos pacientes. No presente trabalho, descreve-se uma ferramenta de acompanhamento farmacoterapêutico que pretende identificar pacientes em uso de polifarmácia e pacientes que não aderiram ao tratamento medicamentoso recomendado nas Unidades Básicas da Saúde da Família (UBSFs), o que pode possibilita acompanhamento personalizado desses pacientes e, conseqüentemente, um plano de cuidado efetivo.

OBJETIVO

Apresentar a metodologia desenvolvida para o acompanhamento farmacoterapêutico e posterior assistência farmacêutica que culmine em um plano de cuidados para usuários do SUS que sejam identificados como pacientes em uso de polifarmácia e como não aderentes ao tratamento medicamentoso junto às UBSFs no Setor Sanitário Sul

de Uberlândia (MG), cuja administração é feita pela organização social Missão Sal da Terra.

MÉTODO

O presente trabalho relata a experiência referente à implementação da assistência farmacêutica na farmácia ambulatorial da Unidade de Atendimento Integrado (UAI) São Jorge, associada às Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSFs) da abrangência, em Uberlândia (MG), com o intuito de promover a integração entre as redes de atenção à saúde visando ao acompanhamento e aprimoramento da saúde do usuário. A farmácia ambulatorial da UAI São Jorge é responsável pela distribuição de medicamentos padronizados pela Relação Municipal de Medicamentos (Remume), principalmente aos pacientes da área de abrangência, além de orientar sobre o uso correto de medicações e prestar informações inerentes a esses medicamentos.

Os atendimentos da assistência farmacêutica na UAI São Jorge acontecem de segunda a sexta-feira, das 7h às 22h, e aos sábados, domingos e feriados, das 8h às 17h, sendo realizados em média 14.500 atendimentos mensais.

A assistência farmacêutica aqui descrita foi realizada por meio da identificação de pacientes em uso de polifarmácia (foram considerados pacientes que fazem uso de cinco ou mais medicamentos diferentes) e de pacientes não aderentes ao tratamento medicamentoso, conforme demonstrado no Quadro 1.

Quadro 1 – Descrição das ações de assistência farmacêutica desenvolvidas no período de novembro de 2020 a março de 2021.

MÊS	ANO	AÇÃO DESENVOLVIDA
Novembro	2020	Identificação, via receituário médico, de pacientes idosos em uso de polifarmácia. Identificação, via receituário médico e via dispensação de medicamentos, de pacientes não aderentes ao tratamento medicamentoso. Notificação, via prontuário dos pacientes identificados, no programa de gestão <i>Fast Medic</i> . Envio da <i>Planilha de Contrarreferência APS Assistência Farmacêutica</i> referente a novembro de 2020 para as UBSFs em 1º de dezembro de 2020 (primeiro dia do mês subsequente).
Dezembro	2020	Identificação, via receituário médico, de pacientes idosos em uso de polifarmácia. Identificação, via receituário médico e via dispensação de medicamentos, de pacientes não aderentes ao tratamento medicamentoso. Notificação, via prontuário dos pacientes identificados, no programa de gestão <i>Fast Medic</i> . Envio da <i>Planilha de Contrarreferência APS Assistência Farmacêutica</i> referente a dezembro de 2020 para as UBSFs em 1º de janeiro de 2021 (primeiro dia do mês subsequente).
Janeiro	2021	Identificação, via receituário médico, de pacientes idosos em uso de polifarmácia. Identificação, via receituário médico e via dispensação de medicamentos, de pacientes não aderentes ao tratamento medicamentoso. Notificação, via prontuário dos pacientes identificados, no programa de gestão <i>Fast Medic</i> . Envio da <i>Planilha de Contrarreferência APS Assistência Farmacêutica</i> referente a janeiro de 2021 para as UBSFs em 1º de fevereiro de 2021 (primeiro dia do mês subsequente).
Fevereiro	2021	Identificação, via receituário médico, de pacientes idosos em uso de polifarmácia. Identificação, via receituário médico e via dispensação de medicamentos, de pacientes não aderentes ao tratamento medicamentoso. Notificação, via prontuário dos pacientes identificados, no programa de gestão <i>Fast Medic</i> . Envio da <i>Planilha de Contrarreferência APS Assistência Farmacêutica</i> referente a fevereiro de 2021 para as UBSFs em 1º de março de 2021 (primeiro dia do mês subsequente).
Março	2021	Identificação, via receituário médico, de pacientes idosos em uso de polifarmácia. Identificação, via receituário médico e via dispensação de medicamentos, de pacientes não aderentes ao tratamento medicamentoso. Notificação, via prontuário dos pacientes identificados, no programa de gestão <i>Fast Medic</i> . Envio da <i>Planilha de Contrarreferência APS Assistência Farmacêutica</i> referente a março de 2021 para as UBSFs em 1º de abril de 2021 (primeiro dia do mês subsequente).

As informações necessárias foram obtidas por meio dos receituários médicos e dos dados de dispensação de medicamentos. Os pacientes identificados foram notificados semanalmente por meio do programa Gestão em Sistemas de Saúde – *Fast Medic*, utilizado pela prefeitura de Uberlândia (MG) via prontuário eletrônico, o qual permite estratificar e planejar ações de cuidado ao usuário por parte de toda a equipe multiprofissional que atua na rede de saúde.

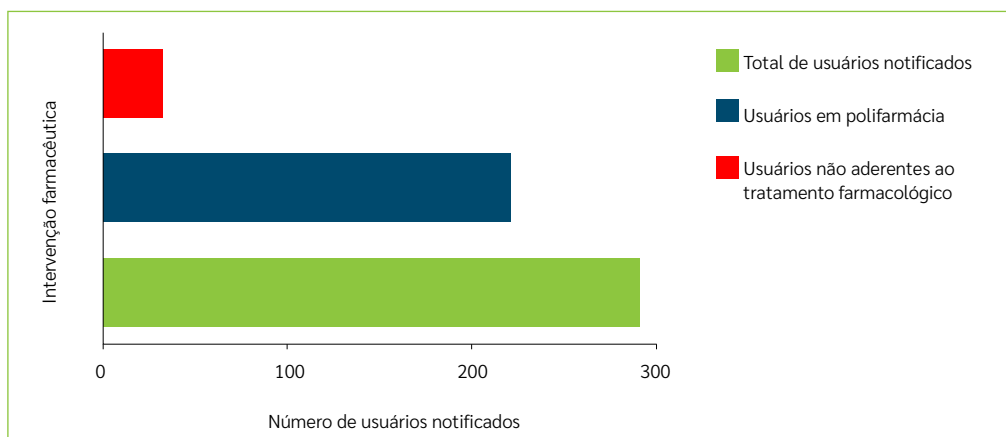
Finalmente, foi gerada uma planilha das intervenções realizadas ao longo do mês pelo profissional farmacêutico, denominada *Planilha de Contrarreferência APS Assistência Farmacêutica*. A planilha foi enviada no dia 1º de cada mês subsequente para todas as UBSFs da abrangência, com o intuito de eleger os pacientes que requeriam intervenções e visitas domiciliares. Ao final, os resultados referentes ao período de novembro de 2020 a março de 2021 foram analisados.

RESULTADOS

A farmácia ambulatorial da UAI São Jorge atendeu, no período de novembro de 2020 a março de 2021, em média 14.000 pacientes mensalmente. Além disso, foram feitas aproximadamente 58 intervenções farmacêuticas por mês (dados não mostrados). Os indicadores evidenciam (Gráfico 1) que ocorreu um total de 291

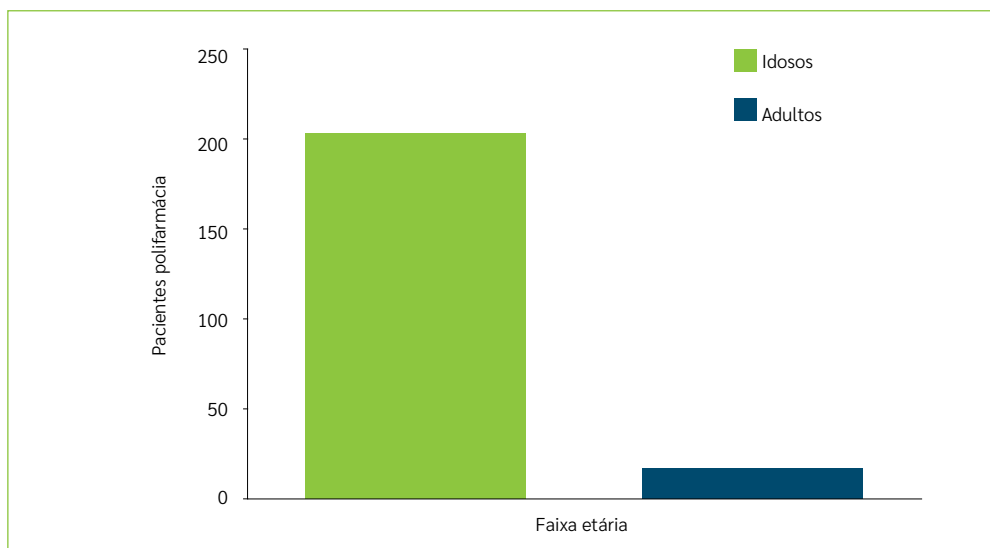
intervenções farmacêuticas nesse período de cinco meses, sendo 76% relacionadas à polifarmácia, 11% relacionadas à não adesão ao tratamento medicamentoso e 13% relacionadas a outras intervenções, tais como dispensação de glicosímetro para gestante de alto risco, dispensação de heparina para aplicação em UBSF e, ainda, não conformidades em receituário médico.

Gráfico 1 – Número de intervenções farmacêuticas realizadas no período de novembro de 2020 a março de 2021.



Com relação aos pacientes em uso de polifarmácia (n = 221), o Gráfico 2 demonstra que 92% apresentavam idade igual ou superior a 60 anos (idosos) e 8%, entre 37 e 59 anos (adultos).

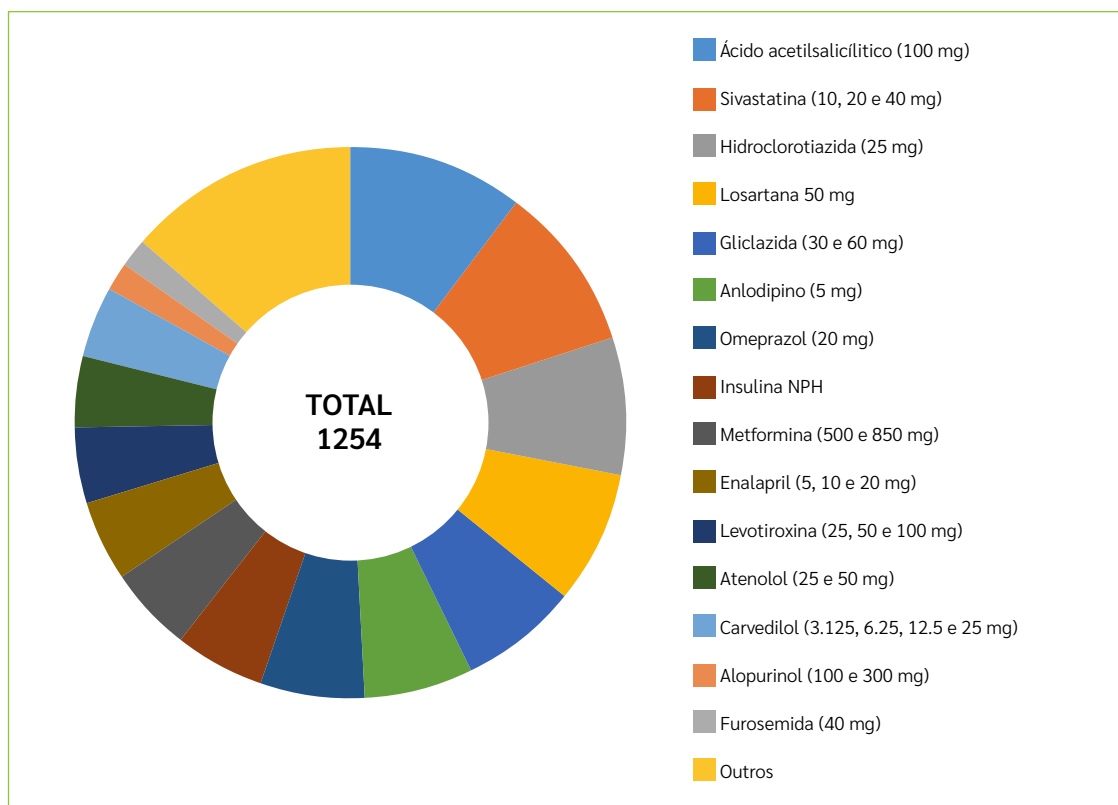
Gráfico 2 – Faixa etária prevalente de pacientes em uso de polifarmácia.



Adicionalmente, os receituários médicos dos pacientes em uso de polifarmácia foram analisados. Conforme ilustra o Gráfico 3, os medicamentos mais empregados foram: ácido acetilsalicílico (10,6% do total); sinvastatina (9,88%); hidroclorotiazida (8,13%); losartana (7,97%); gliclazida (7,09%); anlodipino

(6,45%); omeprazol (6,14%); insulina NPH (5,26%); metformina (5,18%); enalapril (4,70%); levotiroxina (4,46%); atenolol (4,14%); carvedilol (2,79%); alopurinol (1,75%); e furosemida (1,75%). Os demais medicamentos em uso pelos pacientes representam, em conjunto, 13,6% do total das receitas analisadas.

Figura 3 – Principais medicamentos (princípio ativo – PA) utilizados por pacientes em uso de polifarmácia



DISCUSSÃO

A assistência farmacêutica hoje representa uma ferramenta essencial para o cuidado continuado dos pacientes da rede de saúde, contribuindo de forma significativa para a promoção de sua saúde, a prevenção e a melhora de sua qualidade de vida. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), os desafios relacionados à terapia medicamentosa são muitos e incluem: (i) melhoria do acesso a medicamentos

essenciais, (ii) fortalecimento de políticas relacionadas aos medicamentos, (iii) melhora da qualidade e segurança dos medicamentos e (iv) promoção do uso racional de medicamentos. Por tais motivos, deve-se ressaltar a importância do desenvolvimento de ferramentas que promovam a assistência farmacêutica na APS^{8,9}.

Neste trabalho, é relatada a experiência do uso de uma ferramenta desenvolvida para aplicação da assistência farmacêutica a pacientes atendidos na

farmácia ambulatorial e sua consequente integração em suas respectivas UBSFs. Demonstramos, assim, a possibilidade de realização da assistência farmacêutica relacionada ao uso de polifarmácia e à não adesão medicamentosa, por meio da identificação desses pacientes e da implementação de canal de comunicação com suas UBSFs objetivando futuras intervenções da equipe multiprofissional da APS para a elaboração de um plano de cuidado.

A polifarmácia tem ganhado destaque nos últimos anos, principalmente pelo fato de representar um dos principais fatores de risco para prescrições potencialmente inadequadas, implicando sérios prejuízos para a saúde dos pacientes^{10,11}. Dentre as intervenções farmacêuticas realizadas na UAI São Jorge, a polifarmácia teve maior prevalência nos pacientes analisados. Além disso, como já esperado, a polifarmácia esteve mais presente na população idosa, visto que esse grupo geralmente apresenta maior índice de comorbidades e, portanto, requer maior variedade de terapias. Por essa razão, o grupo está mais suscetível ao emprego de medicamentos considerados potencialmente perigosos e também a erros de prescrição.

O grupo também identificou os medicamentos mais utilizados pelos pacientes em polifarmácia, sendo ácido acetilsalicílico (AAS), sinvastatina, hidroclorotiazida, losartana e gliclazida os princípios ativos (PA) mais prescritos. Vale ressaltar que algumas drogas podem ser consideradas de alto risco em idosos e, portanto, devem ser usadas com cautela, levando-se em conta o risco-benefício para o usuário. Dentre elas, podemos citar algumas classes farmacológicas, tais como: benzodiazepínicos, anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), hipoglicemiantes orais e anti-hipertensivos¹². Desta forma, a atuação do profissional farmacêutico, juntamente com a equipe médica, pode trazer uma série de benefícios aos pacientes, tais como melhor adesão à terapia medicamentosa, acompanhamento personalizado, aprimoramento dos planos de cuidado e diminuição de interações medicamentosas, além de

auxiliar no processo de desmedicalização, contribuindo com a prestação de cuidados em saúde e maior segurança para o usuário^{10,11}.

Um dos agravos da polifarmácia é o surgimento de efeitos adversos, muitas vezes provenientes de interação medicamentosa que pode levar à descontinuidade do uso de alguns medicamentos. A não aderência ao tratamento medicamentoso também foi demonstrada, sendo os tratamentos com amiodarona, hidroclorotiazida e AAS os mais descontinuados pelos pacientes. Muitos pacientes relataram a descontinuidade dos medicamentos por “conta própria”, alegando efeitos adversos como “fraqueza”, “mal-estar”, “alergia” e “inchaço”. O conhecimento de tais intervenções farmacêuticas é muito relevante para o acompanhamento dos pacientes em relação a sua farmacoterapia, garantindo-lhes um atendimento verdadeiramente integral.

CONCLUSÃO

A aplicação da assistência farmacêutica a pacientes na APS assegura a integração dos cuidados com a equipe multiprofissional e, portanto, a eficácia na terapia medicamentosa. Ademais, ela contribui significativamente para a educação do usuário sobre os próprios medicamentos e problemas de saúde, de modo a aumentar sua autonomia em relação ao tratamento e a promover o autocuidado apoiado; estimular a adesão do usuário aos medicamentos; avaliar a efetividade dos tratamentos e o ajuste da farmacoterapia, quando necessário, com a equipe de saúde; identificar o manejo inadequado de medicações, as reações adversas e os riscos associados à medicação; além de orientar o usuário quanto à guarda e à destinação adequada de medicamentos vencidos e demais resíduos de saúde ligados ao tratamento.

Tais ações contribuem para a prevenção e a promoção da saúde, diminuindo as possibilidades de agudização

das doenças e a necessidade de atendimentos de urgência e emergência, além de promover uma melhora significativa na qualidade de vida dos usuários.

A polifarmácia é um processo dispendioso para o sistema de saúde e está relacionada a uma série de prejuízos para os pacientes, incluindo diminuição da qualidade de vida, aumento de mortalidade, elevação de interações medicamentosas e efeitos adversos e,

ainda, não adesão farmacológica. A identificação e o acompanhamento desses pacientes pela APS é sem dúvida um processo primordial para a melhora do cuidado prestado a eles.

Pode-se concluir que essa assistência desenvolvida em pacientes da APS pode oferecer inúmeros benefícios para os pacientes, principalmente por evitar o agravamento de doenças e promover o cuidado continuado.

REFERÊNCIAS

1. Batista SR, Vilarins GCM, Lima MG, Silveira TB. O Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal, Brasil, e o desafio da integração entre os níveis assistenciais. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2019 [cited 2021 Apr 21];24(6):2043-2052. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08132019>
2. MacAdam M. Frameworks of Integrated Care for the Elderly: a systematic review [research report]. Canadian Policy Research Networks [Internet]. 2008 [cited 2021 Apr 21]. Available from: https://www.hhr-rhs.ca/en/?option=com_mtree&task=att_download&link_id=7284&cf_id=68
3. Vázquez ML, Vargas I, Unger JP, Mogollón A, Silva MRF, Paepe P. Integrated health care networks in Latin America: toward a conceptual framework for analysis. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2009 [cited 2021 Apr 21];26(4):360-367. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892009001000012&lng=en&nrm=iso&tlng=en
4. Magalhães MC, Cintra KMS. Planificação da atenção primária à saúde: relato de experiência - regional de saúde centro sul. *RESAP* [Internet]. 2020 [cited 2021 Apr 21];6(1):139-150. Available from: <https://www.revista.esap.go.gov.br/index.php/resap/article/view/197/198>
5. Almeida PF, Medina MG, Fausto MCR, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate* [Internet]. 2018 [cited 2021 Apr 21];42(spe1):244-60. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s116>
6. Aleluia IRS, Medina MG, Almeida PF, Vilasbôas ALQ. Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2017 [cited 2021 Apr 21]; 22(6):1845-56. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.02042017>
7. Bermudez JAZ, Esther A, Osorio-de-Castro CGS, Vasconcelos DMM, Chaves GC, Oliveira MA, et al. Assistência Farmacêutica nos 30 anos do SUS na perspectiva da integralidade. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2018 [cited 2021 Apr 21];23(6):1937-1949. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09022018>
8. Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial da Saúde; Ministério da Saúde (BR). Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; 2005. 260 p. (Medicamentos e outros insumos essenciais para a saúde).
9. Soares LSS, Brito ES, Galato D. Percepções de atores sociais sobre Assistência Farmacêutica na atenção primária: a lacuna do cuidado farmacêutico. *Saúde debate* [Internet]. 2020 [cited 2021 Apr 21];44(125):411-26. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012510>
10. Khezrian M, McNeil CJ, Murray AD, Myint PK. An overview of prevalence, determinants and health outcomes of polypharmacy. *Ther Adv Drug Saf.* [Internet]. 2020 [cited 2021 Apr 25];11:204209862093374. <https://doi.org/10.1177/2042098620933741>
11. Nascimento RCRM, Álvares J, Junior AAG, Gomes IC, Silveira MR, Costa EA, et al. Polypharmacy: a challenge for the primary health care of the Brazilian Unified Health System. *Rev saúde pública* [Internet]. 2017 [cited 2021 Apr 25];51(2). Available from: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/139761>
12. Moraes EN. A Arte da (Des)Prescrição no Idoso: a dualidade terapêutica. Belo Horizonte (MG): Folium Editorial; 2018. 406 p. (Coleção Guia de Bolso em Geriatria e Gerontologia, Livro 4)



Uso de ferramentas digitais para diminuição do absenteísmo e do reagendamento em consultas ambulatoriais

Bruno Rosolen de Abreu^a, Laurentino Elias da Silva^b, Fernanda Fuscaldi^c, Sueli Doreto Rodrigues^d, Rodolfo Anísio Santana de Torres Bandeira^e

Resumo

A diminuição das faltas a consultas sempre foi um desafio na prestação de serviços de assistência à saúde. Este projeto avaliou a redução do absenteísmo nas consultas ambulatoriais e a consequente necessidade de reagendamentos no Hospital Dia M'Boi Mirim I, unidade de saúde que presta assistência a usuários do Sistema Único de Saúde no município de São Paulo (SP) e que é gerenciada pela organização social Centro de Estudos e Pesquisas "Doutor João Amorim". Tratou-se de projeto de melhoria contínua no setor de agendamento,

^a Graduação em Administração de Empresas pela Universidade Paulista (Unip); MBA em Gestão em Saúde pela Universidade Santo Amaro (Unisa); encarregado administrativo do Centro de Estudos e Pesquisas Doutor João Amorim (Cejam), São Paulo/SP.

^b Graduação em Farmácia pelo Centro Universitário São Camilo; MBA em Gestão em Saúde pela Universidade de São Paulo (USP); gerente de integração do Centro de Estudos e Pesquisas Doutor João Amorim (Cejam), São Paulo/SP.

^c Graduação em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP); MBA em Gestão de Assistência à Saúde pela Faculdade Método de São Paulo (Famesp); gerente de qualidade do Centro de Estudos e Pesquisas Doutor João Amorim (Cejam), São Paulo/SP.

^d Graduação em Medicina pela Faculdade de Medicina de Teresópolis (Unifeso); diretora técnica do Centro de Estudos e Pesquisas Doutor João Amorim (Cejam), São Paulo/SP.

^e Graduação em Medicina pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE); doutorado em Medicina pela Universidade de São Paulo (USP); médico supervisor do Centro de Estudos e Pesquisas Doutor João Amorim (Cejam), São Paulo/SP.

com o uso da metodologia *Lean Six Sigma* e de um popular aplicativo de comunicação digital. A partir do cálculo da média de consultas realizadas e da proporção de absenteísmo, compararam-se os dados do primeiro semestre de 2019 (sem o uso da ferramenta) e o segundo semestre de 2019 (com sua introdução). Demonstrou-se que a ferramenta de comunicação facilitou o contato com o paciente e contribuiu para a redução do absenteísmo nas consultas ambulatoriais da unidade hospitalar.

Palavras-chave: Absenteísmo; Reagendamento de consultas; Informática médica; Smartphone.

INTRODUÇÃO

A diminuição do absenteísmo sempre foi um desafio para a prestação de serviços de assistência à saúde. Absenteísmo ambulatorial, também conhecido como perda secundária, é definido como o não comparecimento do paciente a um procedimento previamente agendado sem nenhuma notificação à unidade de saúde¹.

Os avanços tecnológicos contribuem com a automação dos processos em todas as áreas. Hoje, os sistemas informatizados e a automação de processos já são realidade na rotina operacional de grande parte das empresas, dado o potencial de otimização que representam para os negócios, e na área da saúde não é diferente².

Ter uma ferramenta que otimize o processo de comunicação entre a unidade de saúde e o usuário, contemplando toda e qualquer pessoa que dela precise, independentemente de onde estiver e do tipo de atendimento de que precisa, é também uma das principais tarefas do cuidar².

No intuito de minimizar o absenteísmo em consultas e exames e de dinamizar o processo de agendamento do paciente, as unidades de saúde buscam instituir um serviço de comunicação efetivo com ferramentas que agilizem o intermédio com o paciente. O responsável pela aplicação dessas ferramentas é o setor administrativo¹.

Indivíduos de todas as idades, históricos e gêneros demandam os serviços que o segmento oferece, e é preciso ter cuidado e atenção para realizar uma abordagem

que respeite o momento de vulnerabilidade em que muitos se encontram ao buscar exames e consultas. A tecnologia abre portas para a conveniência, procurada por aqueles que querem agilidade para encontrar o profissional correto e assertividade no agendamento².

O aplicativo de mensagens instantâneas entra neste processo como mais um meio de contato com o paciente, promovendo uma forma rápida de resolver o problema ou questionamento do cliente com objetividade. O aplicativo permite troca de mensagens de texto, chamadas de voz e vídeo via internet e outros serviços para usuários em todo o mundo; no Brasil, estima-se que haja aproximadamente 120 milhões de contas ativas nessa rede social³.

OBJETIVOS

O objetivo primário foi avaliar a redução do absenteísmo em consultas ambulatoriais no Hospital Dia M^o Boi Mirim I, unidade de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) no município de São Paulo (SP) sob gestão da organização social (OS) Centro de Estudos e Pesquisas “Dr. João Amorim” (Cejam).

O objetivo secundário foi avaliar a efetividade do primeiro contato – ou seja, quando o usuário atende e confirma o comparecimento na unidade de saúde –, comparando a porcentagem obtida com o método tradicional (contato telefônico) e com o uso da ferramenta de comunicação digital.

MÉTODO

Foi um estudo retrospectivo do tipo coorte, no qual, com o uso da metodologia *Lean Six Sigma* para melhoramento de processos, realizou-se uma avaliação de dados consolidados de absenteísmo, extraídos das agendas e dos dados do sistema *Siga Saúde*. Os dados de contato unidade/usuário tradicional (via chamada telefônica) relativos ao primeiro semestre de 2019 foram comparados com os resultados obtidos no segundo semestre de 2019, após a introdução da ferramenta de comunicação para a confirmação da presença do usuário.

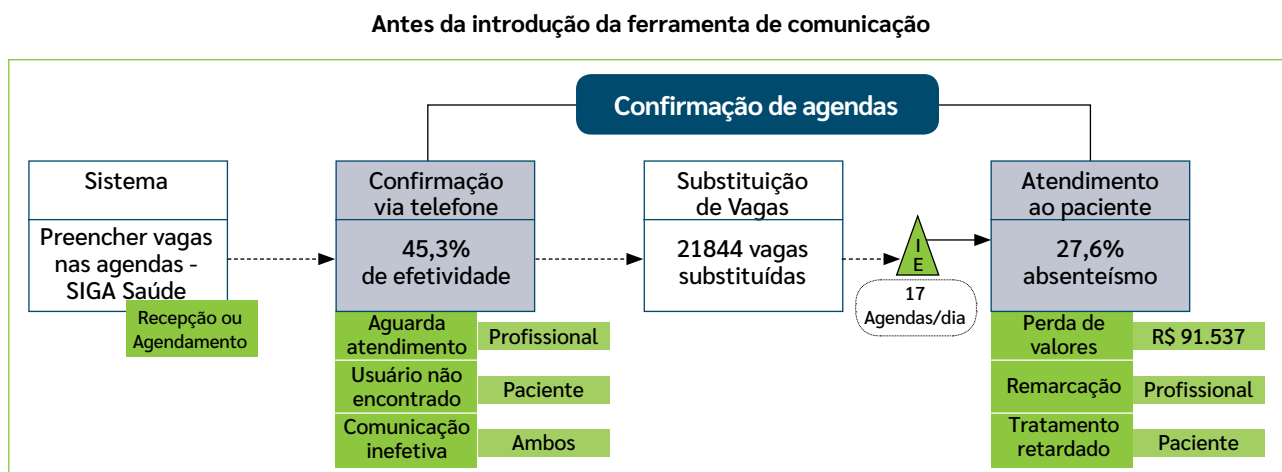
Antes que o primeiro contato fosse realizado via uso do aplicativo de mensagens, todos os pacientes foram entrevistados pessoalmente sobre a possibilidade de haver um contato futuro por meio dessa ferramenta. Nessa entrevista, era esclarecido que o novo contato seria exclusivamente para agendamento de consultas e que jamais se trataria de qualquer outro tipo de assunto. Após o consentimento verbal e a confirmação dos dados cadastrais, em momento oportuno um funcionário administrativo da unidade efetuava o contato com uso da ferramenta e, então, o agendamento. Todos os dados de cadastro dos usuários eram mantidos em prontuário eletrônico, com acesso exclusivamente por funcionários com autorização para sua manipulação.

A análise estatística foi feita por meio da ferramenta *Microsoft Excel 365®* com extensão *Action*. Após a análise da distribuição normal dos dados, foram calculadas a média de consultas realizadas e a proporção de absenteísmo. Ao final, foram comparados os dados do semestre anterior com os do semestre posterior à introdução da ferramenta de comunicação. Foram calculadas, ainda, as reduções absoluta e relativa da taxa de absenteísmo entre os dois períodos. Além disso, comparou-se a taxa de substituição das vagas não confirmadas. O resultado foi considerado estatisticamente significativo quando o valor de p foi menor que 0,05.

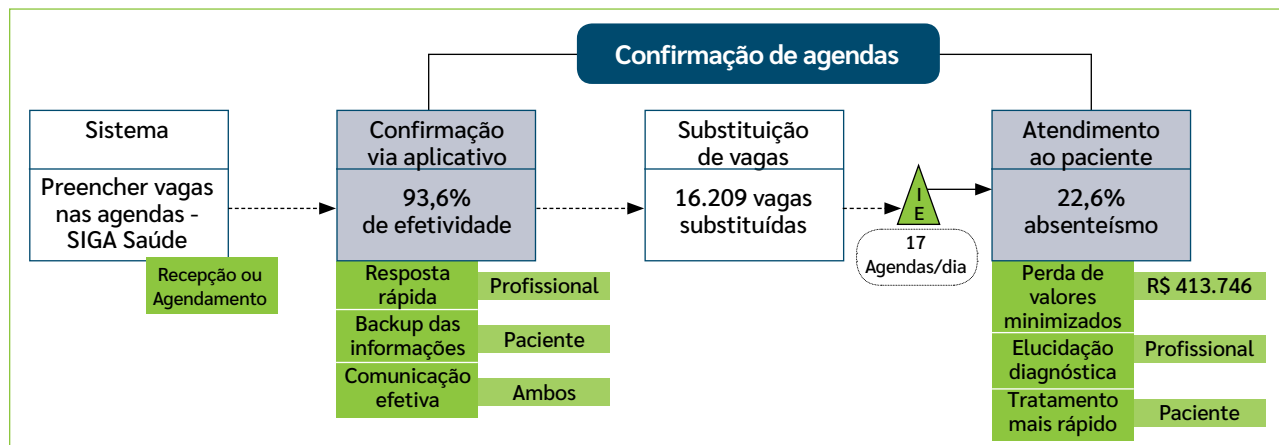
RESULTADOS

A Figura 1 descreve o processo de confirmação de agendamentos antes e após a introdução da ferramenta de comunicação. Nota-se aumento relativo de 48,3% na chance de contato efetivo com a introdução da nova ferramenta ($p < 0,05$), diminuindo a necessidade de substituição de pacientes. No primeiro semestre de 2019, foram necessários 21.844 reagendamentos por falta de contato ou desistência; no segundo semestre de 2019, esse total caiu para 16.209.

Figura 1 – Organograma operacional e resultados da confirmação das agendas, antes e depois da introdução da ferramenta de comunicação.

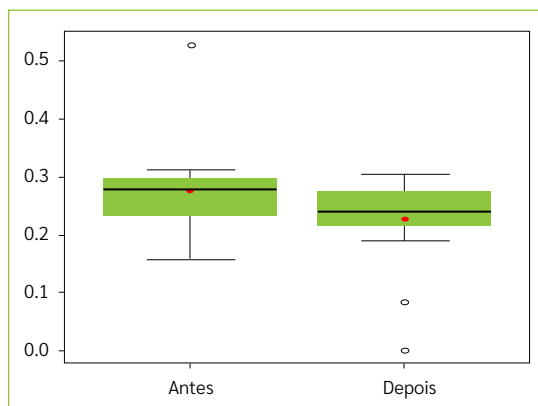


Após a introdução da ferramenta de comunicação



O Gráfico 1, do tipo *bloxplot*, demonstra redução relativa de 5% no absenteísmo (perda secundária de vagas) com a utilização da ferramenta de comunicação na unidade de saúde.

Figura 2 – Indicação de consultas realizadas x absenteísmo, antes e depois da introdução da ferramenta de comunicação.



DISCUSSÃO

Na saúde pública, a discussão sobre absenteísmo em consultas nos ambulatórios deve ser enfatizada, já que suas consequências diretas incluem o desperdício de recursos, estruturais e financeiros, à disposição do cidadão, além de ter um custo social¹.

Tradicionalmente, o método de confirmação de presença em atendimentos tem sido usado como forma de diminuição do absenteísmo assistencial. O meio mais comum de contato entre os estabelecimentos de saúde e os usuários é o telefone. Nos ambulatórios do

estado de São Paulo que prestam assistência via SUS e fazem confirmação tradicional de agenda (por contato telefônico), o absenteísmo médio varia de 20% a 40% das consultas marcadas¹.

O aplicativo de mensagens instantâneas mostrou-se bastante superior ao contato telefônico convencional, passando a 93,6% de efetividade no contato com o usuário, frente os 45,3% de efetividade na utilização do método convencional.

Antes da implementação da ferramenta de comunicação, a taxa de absenteísmo (nº de faltas/nº de vagas

ofertadas x 100) era de aproximadamente 27,6%. Após a introdução do novo instrumento de comunicação, houve uma queda de 5% no número total de absenteísmo na unidade de saúde. Esse percentual representa 1.875 vagas que teriam sido perdidas em um semestre.

A redução do absenteísmo, além de diminuir as filas de espera, baixa os gastos em saúde. É possível observar que a diminuição do absenteísmo com o uso do aplicativo ocasionou também uma redução significativa nas perdas de recursos públicos – calculada em R\$ 91.537,50 no período de um semestre.

Operacionalmente, também houve ganhos. Por se tratar de um meio de contato mais simples e fácil, que requer apenas um colaborador utilizando a ferramenta, houve diminuição significativa de pessoal dedicado à realização de agendamento. E, por se tratar de *software* gratuito, cortaram-se custos de telefonia. Processos que não agregam valor à unidade foram minimizados, como espera pelo atendimento por parte dos usuários, processamento da informação pelo receptor e ruídos na comunicação.

Uma preocupação desde o início do uso da ferramenta foi a manipulação indevida dos dados dos usuários. Tal risco foi minimizado com a obediência rigorosa ao Marco Civil da Internet, à Lei Geral de Proteção de Dados e à Política de Privacidade Institucional do Cejam^{4,5}.

O uso da ferramenta de comunicação pode, dessa forma, diminuir as filas de espera por consultas

ambulatoriais, eliminar desperdícios e, consequentemente, desonerar o SUS. Acredita-se que, com a potencialização dessa ferramenta de comunicação, melhores resultados ainda poderão ser alcançados, uma vez que a maior rapidez no atendimento deve agilizar a conclusão do diagnóstico e acelerar o tratamento.

CONCLUSÃO

A nova ferramenta de comunicação mostrou-se ágil e extremamente útil para a diminuição do absenteísmo em consultas ambulatoriais, mostrando-se mais efetiva que o contato telefônico tradicional.

A experiência exitosa com o uso dessa ferramenta no Hospital Dia M'Boi Mirim I, bem como o modelo de comunicação desenvolvido, fez com que fosse rapidamente estendida a outras unidades de saúde. Já no final de 2020, todas as unidades de saúde sob gestão do Cejam haviam incorporado o aplicativo a seu arsenal de comunicação com os usuários.

O uso da ferramenta de comunicação comprovou que pode, dessa forma, diminuir as filas de espera por consultas ambulatoriais, eliminar desperdícios e, assim, desonerar o SUS. Acredita-se que a potencialização dessa ferramenta de comunicação vá proporcionar maior rapidez no atendimento, levando à conclusão mais rápida do diagnóstico e à aceleração do tratamento.

REFERÊNCIAS

1. Bittar ON, Magalhães A, Martines CM, Felizola NGB, Falcão LHB. Absenteísmo em atendimento ambulatorial de especialidades no estado de São Paulo. BEPA – Boletim Epidemiológico Paulista. 2016;13(152):19-32.
2. Macedo PC, Catini RC, Neto CC. O uso da computação em nuvem na criação de um protocolo de rastreabilidade. Rev Universitas [Internet]. 2018 [cited 2021 May 12];12(22):93-111. Available from: <https://revistauniversitas.inf.br/index.php/UNIVERSITAS/article/view/322>
3. Trad M. O WhatsApp a favor do atendimento na saúde. Portal Hospitais Brasil [Internet]. 2018 Mar 28 [cited 2021 Mai 2]. Available from: <https://portalhospitaisbrasil.com.br/artigo-o-whatsapp-a-favor-do-atendimento-na-saude>.
4. Brasil. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Dispõe sobre a proteção de dados pessoais e altera a Lei nº 12.965, de 23 de abril de 2014 (Marco Civil da Internet). Diário Oficial da União. 2018 Aug 15;155(157 seção1):59-64.
5. Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim (BR). Política de privacidade. [Internet] [cited 2021 Mai 2]. Available from: <https://cejam.org.br/politica-privacidade>

Avanços para a qualidade em saúde sob a perspectiva de gente e gestão

André Tenenbaum^a, Belízia Gaulia Batista dos Santos Costa^b,
Suellen de Sá Pimenta^c, Tamiris Bueno de Freitas^d

Resumo

Relata-se a experiência de um centro de saúde em Niterói (RJ) na implantação de um programa voltado ao desenvolvimento de lideranças como estratégia para melhoria da qualidade em saúde. Ao desdobrar o planejamento estratégico, identificou-se a necessidade de compatibilizar as necessidades das lideranças com as expectativas de conquista de melhores resultados pela alta gestão. A partir do mapeamento do cenário, foi proposto o Programa de Desenvolvimento da Liderança, cujo principal objetivo é construir uma liderança sólida, participativa e com foco em resultado, no cuidado e no desenvolvimento dos times. Implementado em janeiro de 2021, o primeiro módulo do programa incluiu 13 encontros, totalizando mais de 30 horas de interação com os líderes. Alguns

^a Bacharelado em Desenho Industrial na Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ); CEO do CON, Niterói/RJ.

^b Bacharelado em Administração de Empresas pela Universidade Candido Mendes; especialização em Docência do Ensino Superior pela Universidade Candido Mendes; especialização em Pós-Gestão Empresarial pelo Instituto Universitário de Lisboa; mestrado profissionalizante em Gestão Empresarial pela Fundação Getúlio Vargas (FGV); COO do CON, Niterói/RJ.

^c Graduação em Farmácia pela Anhanguera Educacional; especialização em Gestão Empresarial Estratégica pela Universidade Federal Fluminense (UFF); coordenadora de Qualidade do CON, Niterói/RJ.

^d Graduação em Pedagogia pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ); especialização em Gestão de Recursos Humanos na Universidade Cândido Mendes; coordenadora de Gente e Gestão do CON, Niterói/RJ.

resultados percebidos foram: aprofundamento de parcerias colaborativas entre os líderes participantes, contribuindo para um melhor trabalho em equipe; melhora da comunicação entre os pares; iniciativas próprias de acolhimento e fortalecimento do time; e aumento na eficiência das entregas.

Palavras-chave: Qualidade em Saúde; Liderança; Gestão de Pessoas.

INTRODUÇÃO

As instituições de saúde estão cada dia mais em busca de aprimoramento dos processos de qualidade, uma vez que o mercado está muito competitivo e os clientes/pacientes, mais exigentes. A percepção de qualidade mudou ao longo dos anos e, hoje, receber o tratamento planejado não é mais suficiente para que clientes de serviços de saúde considerem uma instituição qualificada; outros fatores têm sido considerados, como qualidade de vida e desfecho.

A Academia Nacional de Medicina dos Estados Unidos (*National Academy of Medicine*,

antigo *Institute of Medicine*) define qualidade como “o grau em que os serviços de saúde para indivíduos e populações diminuem a probabilidade de resultados desfavoráveis e aumentam a chance de se obterem desfechos favoráveis e consistentes com o conhecimento profissional atual” (tradução nossa)¹.

Donabedian² desenvolveu um quadro conceitual de avaliação da qualidade em saúde a partir dos conceitos de estrutura, processo e resultado (Quadro 1). Ele também estabeleceu os sete pilares da qualidade em saúde (Quadro 2).

Quadro 1 – Quadro conceitual de avaliação da qualidade em saúde de Donabedian

CONCEITO	DETALHAMENTO
Estrutura*	Recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para a assistência médica, os quais correspondem a suas características mais estáveis.
Processo**	Abrange todas as atividades envolvendo profissionais de saúde e pacientes, com base em padrões pré-estabelecidos. A partir dessas relações é que se obtêm os resultados da assistência e a valoração da qualidade. A análise pode ser sob o ponto de vista técnico-assistencial e/ou administrativo.
Resultado	Produto final da assistência prestada, considerando saúde, satisfação de padrões e de expectativas.

*Para o autor, é difícil quantificar a influência ou contribuição exata desse componente na qualidade final da assistência prestada, mas é possível falar em termos de tendências, ou seja, uma estrutura mais adequada aumenta a probabilidade de a assistência prestada ser de melhor qualidade.

**No processo aparecem, entre outros fatores, os aspectos éticos e da relação entre médico/profissional/equipe de saúde e paciente. Em suma, tudo o que diz respeito ao tratamento diretamente e ao momento em que ele está ocorrendo pode ser considerado como processo.

Quadro 2 – Os sete pilares da Qualidade de Donabedian

PILAR	CONCEITUAÇÃO
Eficácia	Capacidade de a arte e a ciência da medicina produzirem melhorias na saúde e no bem-estar. Significa o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis, dado o estado do paciente e mantidas constantes as demais circunstâncias.
Efetividade	Melhoria na saúde, alcançada ou alcançável nas condições usuais da prática cotidiana, com base nos estudos de eficácia.
Eficiência	É a medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada. Se duas estratégias de cuidado são igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente é a de menor custo.
Otimização	Torna-se relevante à medida que os efeitos do cuidado da saúde não são avaliados de forma absoluta, mas relativamente aos custos. Em uma curva ideal, o processo de adicionar benefícios pode ser tão desproporcional aos custos acrescidos, que tais “adições” úteis perdem a razão de ser.
Aceitabilidade	Sinônimo de adaptação do cuidado aos desejos, às expectativas e aos valores dos pacientes e de suas famílias. Depende da efetividade, eficiência e otimização, além da acessibilidade do cuidado, das características da relação médico-paciente e das amenidades do cuidado.
Legitimidade	Aceitabilidade do cuidado da forma em que é visto pela comunidade ou sociedade em geral.
Equidade	Princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros de uma população. A equidade é parte daquilo que torna o cuidado aceitável para os indivíduos e legítimo para a sociedade.

Estes pilares da qualidade foram descritos por Avedis Donabedian em 1990 e são utilizados amplamente na área de saúde até os dias de hoje.

No cenário de competitividade no mercado e consequente exigência de melhoria da qualidade, gera-se uma demanda por profissionais que dominem novas competências, conhecimentos e habilidades, como a liderança³. Os conceitos de liderança começaram a ser discutidos no início do século XX, quando foi descrita como “processo de conduzir as ações ou influenciar o comportamento e a mentalidade de outras pessoas [...] é a realização de metas por meio da direção de colaboradores”⁴.

As instituições de saúde são reconhecidas por sua complexidade e, com isso, existe heterogeneidade de profissionais, que fazem das organizações espaços com as mais diferentes especialidades, ao reunir médicos, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, contadores, administradores, auxiliares de copa e limpeza, profissionais de manutenção,

seguranças, maqueiros, entre outros. Essa diversidade de formações requer que o líder tenha a capacidade de se comunicar com todos e de compreender a estratégia organizacional adequada para cada situação⁵.

Chanes⁵ apresenta componentes que são considerados a base para a formação de líderes na gestão em saúde. São eles: a clareza de objetivos, o reconhecimento dos fatores motivacionais na visão organizacional, a comunicação aberta e constante, o processo decisório descentralizado, o estabelecimento de vínculos relacionais, a liderança transformacional e a inovação. O CON – Oncologia, Hematologia e Centro de Infusão é um centro de saúde em Niterói (RJ) cujo propósito é cuidar de pessoas e que considera o cuidado com seus colaboradores fundamental para que possa promover

um ambiente acolhedor, seguro, profissional e de qualidade aos pacientes.

Entendendo esse desafio, percebemos que a estratégia para o desenvolvimento da liderança precisa ser leve, porém intensa. É fundamental contemplar competências técnicas e comportamentais, com conteúdos aderentes à realidade e de fácil aplicabilidade no dia a dia.

Este artigo descreve a estratégia de desenvolvimento de lideranças adotada pelo CON no ano de 2021, com o objetivo de promover o desenvolvimento de competências técnicas e comportamentais para a construção de uma liderança sólida, participativa, inspiradora, com foco em resultado e no cuidado e desenvolvimento dos times, fomentando a cultura de qualidade na instituição.

MÉTODO

O primeiro passo para a estruturação do programa de desenvolvimento de lideranças do CON foi o desdobramento do planejamento estratégico e seus direcionadores, seguido do diagnóstico das necessidades da liderança *versus* as expectativas da alta gestão em relação a seus liderados. Desta forma, foi possível identificar o cenário atual (ponto de partida) e os objetivos a serem alcançados (onde queremos chegar).

Frente ao cenário mapeado, a área de Gente e Gestão, responsável por esse processo, desenhou a proposta do Programa de Desenvolvimento da Liderança, nomeado de Lidera CON. Sua essência é a construção de uma liderança sólida, participativa, inspiradora e com foco em resultado, no cuidado e no desenvolvimento dos times.

Antes da implementação do programa, como etapa importante para adesão ao projeto e suas

atividades, todo o planejamento do Lidera CON, o calendário dos encontros e os temas que seriam abordados no primeiro semestre de implementação foram apresentados para seu público-alvo: os líderes do CON.

Nesta apresentação, conceitualizamos o programa, seus objetivos e desafios. Fizemos alguns acordos, que chamamos de “regras do jogo” e pactuamos a importância da participação ativa de todos para a consolidação de uma cultura organizacional voltada para o desenvolvimento de pessoas com um olhar de melhoria contínua. Nesse contexto, o CON é responsável por promover oportunidades para o aprimoramento das competências e o colaborador, agente ativo no processo de autodesenvolvimento.

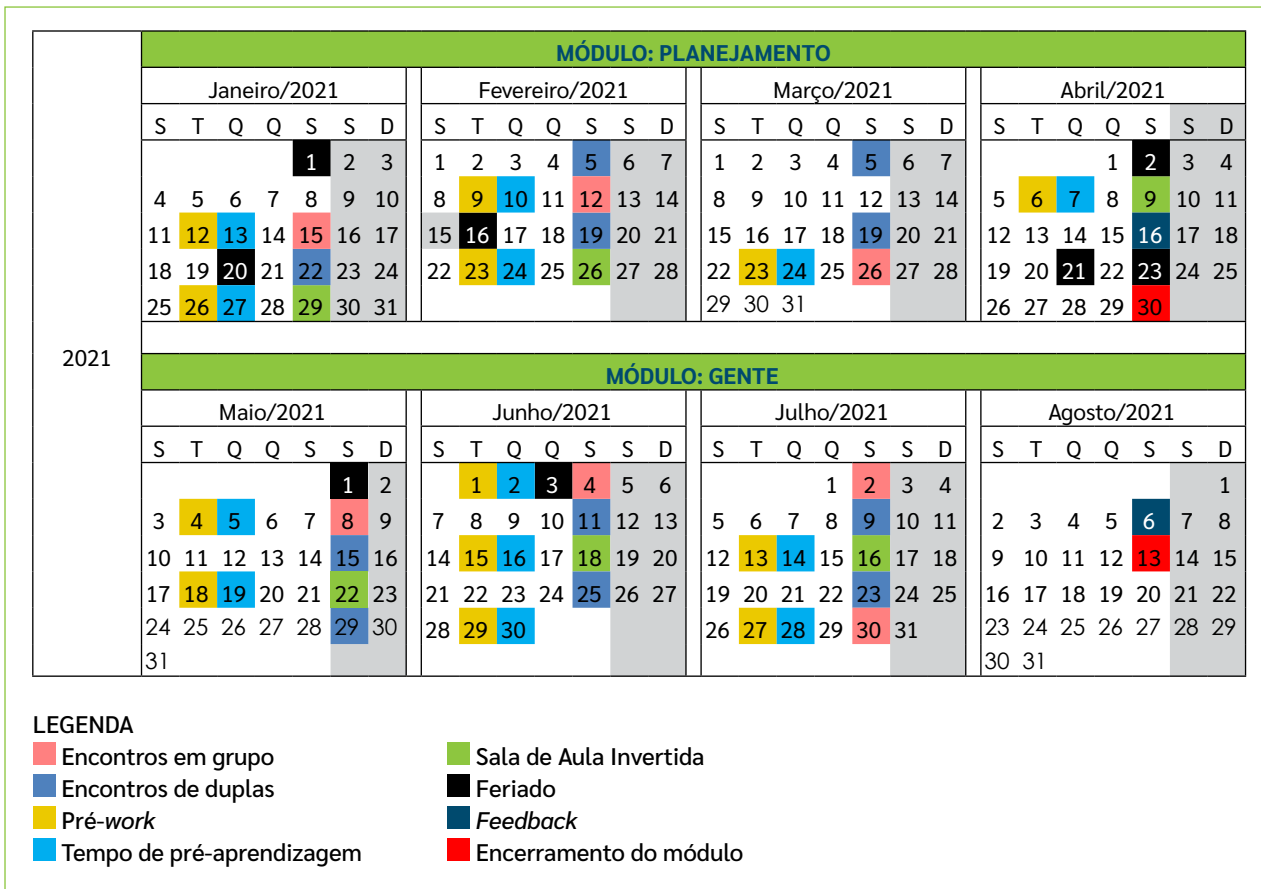
O que é o Lidera CON

O Lidera CON é o programa de desenvolvimento de competências técnicas e comportamentais, desdobrado por meio de encontros semanais intercalados com atividades focadas no desenvolvimento do grupo e no autodesenvolvimento. A cada mês, trabalhamos um dos temas definidos para o módulo, que tem duração de quatro meses.

A Figura 1 apresenta o cronograma do programa, cujo objetivo é promover a vivência extensiva da liderança com os conceitos e conteúdos explorados. Desse modo, o desenvolvimento dos líderes torna-se uma prática cotidiana, e não apenas encontros pontuais ou eventos isolados da rotina da empresa.

Todos os módulos são trabalhados seguindo três abordagens metodológicas. A base do Lidera CON é o método proposto por Lisa Haneberg no livro “Como nascem os Grandes Gerentes”, que trabalha com conteúdo de conversas que visam a apoiar a construção de líderes extraordinários⁶.

Figura 1 – Calendário do Programa Lidera CON



Encontros em grupo

Para o desdobramento dessa abordagem, trabalhamos com encontros em grupo às sextas-feiras. Antes de cada um, todos os participantes recebem na terça-feira um *pré-work* que orienta a dinâmica do encontro e integram, na quarta-feira, um espaço de pré-aprendizagem, no qual a coordenadora do programa de desenvolvimento da liderança, Tamiris Freitas, e a psicóloga mediadora dos encontros, Priscila Martinez, destinam uma hora para discussão do *pré-work*, levantamento de dúvidas, sugestões

e contribuições dos participantes. O momento de pré-aprendizagem não é de participação obrigatória, mas o tempo destinado a ele (uma hora na quarta-feira) deve ser reservado por todos os líderes para preparação do trabalho solicitado.

Concluindo a atividade em grupo, o líder é desafiado a colocar em prática os conceitos estudados e, no encontro seguinte, deverá apresentar para o grupo quais foram suas maiores dificuldades e seu principais ganhos.

Figura 2 – Dinâmica da semana de desenvolvimento em grupo

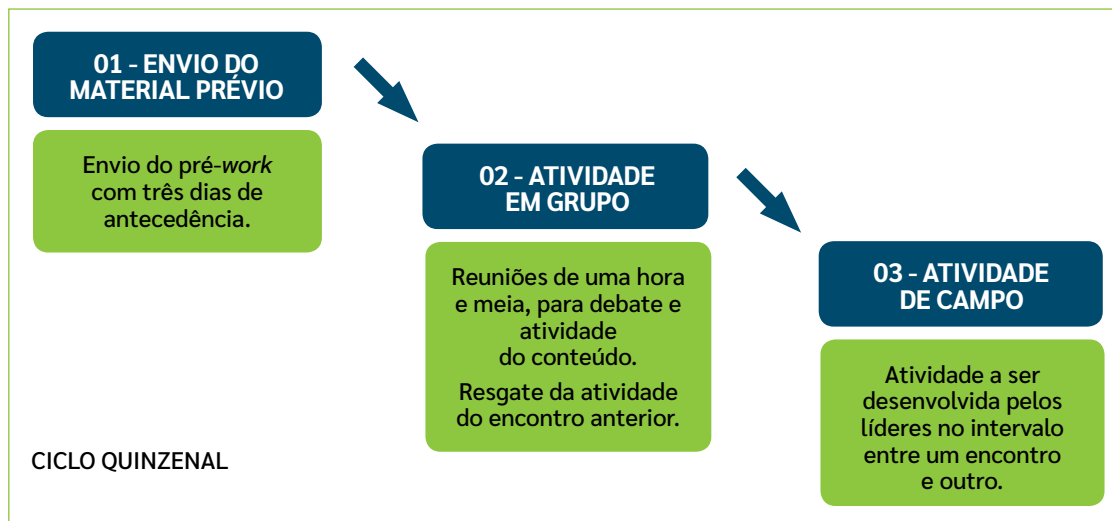
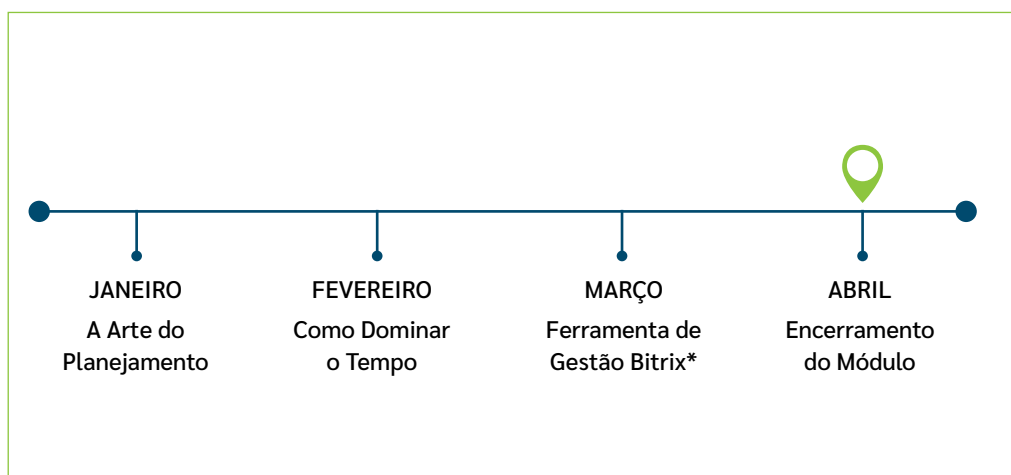


Figura 3 – Conteúdos trabalhados no primeiro módulo de desenvolvimento em grupo



BITRIX – Plataforma on-line completa de Gestão, Comunicação, RH, CRM e Marketing.

Mentoria para o autodesenvolvimento

Além da inspiração em Haneberg, aprofundamos o conceito de acordo com as necessidades do grupo e acrescentamos um pilar de autodesenvolvimento, segundo o qual, a cada 15 dias, o líder desenvolve um conhecimento de sua jornada e novas *soft skills*, mentorado por um gestor parceiro da equipe. Esta dupla, uma vez estabelecida, segue junto durante a jornada

do módulo do programa, de forma que cada um apoie o desenvolvimento do outro ao longo do período.

Estimulamos que essa parceria fosse estabelecida entre participantes de setores distintos, com projetos que pouco se falam e/ou ainda com pouca proximidade entre si, para que pudéssemos promover novos encontros e aproximações nem sempre facilitado pelos processos de trabalho.

Figura 4 – Algumas parcerias estabelecidas com a formação das duplas de mentoria para autodesenvolvimento

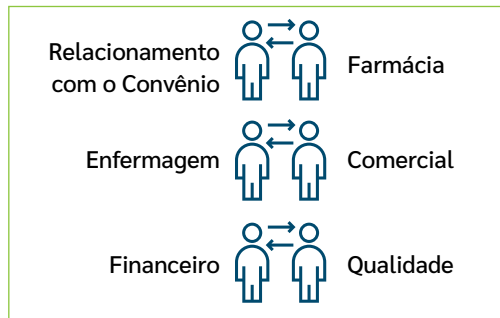
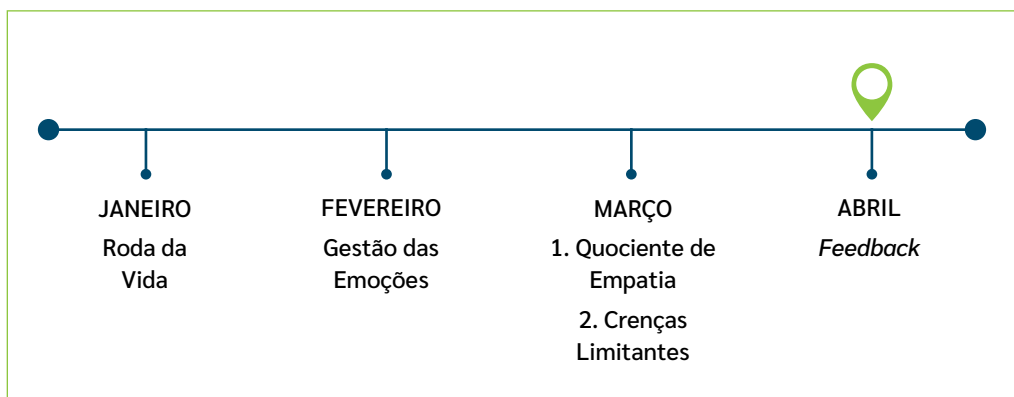


Figura 5 – Conteúdos trabalhados no primeiro módulo de autodesenvolvimento



Capacitação do time


Com base na metodologia ativa Sala de Aula Invertida, convidamos todos os líderes do grupo a capacitar o time com um fragmento do conceito trabalhado em cada módulo, levando novas percepções, caminhos

criativos e vertentes diferentes do conhecimento que foi desenvolvido.

Em fevereiro de 2021, a sala de aula invertida tratou do tema “Como dominar o seu tempo” e abordou assuntos como gestão do tempo e prioridades, entre outros tópicos inter-relacionados.

Figura 6 – Temática e dinâmica da sala de aula invertida

COMO DOMINAR O SEU TEMPO



Estamos chegando no encerramento do módulo, parabéns pelo trajeto!

Esse mês conversamos sobre diferentes práticas que ajudam a gerir o tempo, usamos algumas ferramentas e discutimos o risco do profissional multitarefa sem foco. Percebemos que investir o tempo da forma correta é uma etapa crucial para administrar suas entregas e fugir dos “incêndios” corporativos.

Para encerrar esse módulo, nosso encontro desta semana será destinado a sua efetiva contribuição sobre o tema. **Cada participante terá 2 minutos** para contextualizar o grupo sobre a temática **Gestão do Tempo!**

Avaliação

O programa é avaliado pelos participantes ao término de cada tema, com tratativas sobre todos os pontos de melhoria identificados. Sempre que algo necessita ser aprimorado, a equipe de Gente e Gestão solicita a participação ativa do grupo na tomada de

decisões, criando elos de **corresponsabilidade** na estrutura do programa.

A avaliação busca identificar como os líderes classificam a relevância do conteúdo para seu dia a dia, o alcance das expectativas frente à experiência, do que cada um mais gostou e as sugestões de aprimoramento do programa.

Figura 7 – Fragmentos da avaliação do Lidera CON

<p>3. Qual a importância desse conteúdo no seu dia a dia? *</p> <p>☆ ☆ ☆ ☆ ☆</p> <p>1 Estrela: Nada relevante</p> <p>5 Estrelas: Totalmente importante</p>	<p>4. Essa experiência atendeu suas expectativas? *</p> <p><input type="radio"/> : D Ame!!</p> <p><input type="radio"/> :) Curti!!</p> <p><input type="radio"/> : / Indiferente</p> <p><input type="radio"/> : (Nada a ver!</p>
<p>8. Queremos te ouvir! Diga o que você mais gostou nesse treinamento?</p> <p>Insira sua resposta</p>	<p>9. Conta para a gente o que precisamos melhorar.</p> <p><i>Afinal, todos precisamos nos desenvolver.</i></p> <p>Insira sua resposta</p>

Feedback individualizado

O último *step* do módulo de autodesenvolvimento consiste em um encontro para *feedbacks* individuais do time, tanto para possibilitar um *follow-up* do desenvolvimento individual como para ter uma devolutiva do modelo de trabalho praticado.

Com base nesse processo e no desdobramento das estratégias do Lidera CON, geramos os relatórios gerenciais e validamos o planejamento dos próximos.

RESULTADOS

Os resultados da primeira edição do Lidera CON foram além dos conteúdos técnicos. O grupo aprofundou suas parcerias colaborativas e, conseqüentemente,

o trabalho em equipe. Cada líder atuou como ponto focal de outro líder, mentorando ações fora das dinâmicas narradas no programa e criando uma parceria de trabalho, com trocas reais de experiências.

O cuidado com o outro foi um dos pontos mais admiráveis, e o nível de empatia nas relações de trabalho realmente superou as expectativas, mostrando muitas vezes iniciativas próprias de acolhimento.

A equipe abraçou a oportunidade de desenvolvimento com uma intensidade ímpar, que fez toda a diferença no atingimento dos resultados. A atmosfera do Lidera CON alcançou o objetivo de ser leve, colaborativa e participativa. Temos um espaço nosso, onde não há constrangimentos em demonstrar forças e fraquezas, pois entendemos que a essência

do encontro é livre de julgamentos e focada no crescimento individual e coletivo.

Os ganhos são percebidos no dia a dia da empresa, com o amadurecimento dos líderes e o aumento na eficiência das entregas.

Os líderes participantes do programa responderam a uma Avaliação de Satisfação e Eficácia do Lidera CON. Quando perguntamos do que mais gostaram no treinamento (pergunta 8), algumas das respostas foram:

- “Treinamento fez com que as pessoas com as quais faço interface tenham uma melhor visão de como penso, e de determinadas ações minhas, e eu delas. Fez ver o quanto o significado de time abrange não somente quem está no meu setor como a empresa como um todo...”
- “A dinâmica proposta e a leveza na abordagem.”
- “A forma como o conteúdo foi abordado. Dinâmico e interativo. A troca de experiências entre os colaboradores é muito enriquecedora.”
- “Autoconhecimento, organização, gestão de prioridades.”

Sobre o que precisa ser melhorado (pergunta 9), as respostas foram:

- “Pouco tempo de duração dos encontros, gostaria de ter mais espaço para aprofundar as discussões.”^e
- “Sinceramente, neste momento, para mim nada. Estou adorando cada aula.”
- “Sem nenhuma sugestão por enquanto. Estou gostando de tudo.”

Na pergunta 3 (“Qual a importância desse conteúdo no seu dia a dia?”), os participantes classificaram a importância em uma escala de 5 pontos. O resultado foi:

- Média de 4,8 pontos, com o conteúdo sendo classificado pela maioria como “Totalmente Importante” ou “Importante”.

Metas iniciais e resultados alcançados

No primeiro módulo – Planejamento, foram realizados encontros para autodesenvolvimento, três encontros para desenvolvimento em grupo, três dinâmicas de sala de aula invertida, um encontro para *feedback* e o encontro final, para encerramento do módulo e validações dos acordos para início do módulo seguinte. Totalizamos, assim, 13 encontros, com quase 30 horas de interação entre os líderes.

Quadro 3 – Metas alcançadas ao fim do primeiro módulo do programa

METAS	RESULTADOS	META ATINGIDA
Cumprir 100% do planejamento do Lidera CON	100%	SIM
Ter 90% de presença do público-alvo nos encontros do Lidera CON	92%	SIM
Ter a eficácia de entrega no desenvolvimento da liderança acima de 95%	92%	NÃO

^e Tratativa desse item: conversamos com o grupo e definimos juntos que o encontro de autodesenvolvimento passaria de 1h30min para 2h.

DISCUSSÃO

A implementação do Lidera CON depara-se com desafios.

Um deles é o cronograma do programa, que é intenso e exige muito comprometimento para que todas as atividades propostas sejam cumpridas e para que a cadência dos encontros se mantenha produtiva.

Fomentar diálogos que permeiam nossa realidade constrói elos que fortalecem o interesse dos líderes pelos encontros e os estimulam a trazer contribuições baseadas em suas experiências e necessidades, assim como é um fator relevante para manter o nível de assiduidade do grupo.

Ter a presença de, no mínimo, 90% do público-alvo em cada encontro é uma meta ambiciosa. Contudo, há ausências já previstas, por motivos como férias ou emergências (afastamento médico, por exemplo). Assim, nossa gestão atua em parceria com cada líder focando as ausências gerenciáveis, a gestão de agendas, a preparação antecipada dos conteúdos a serem trabalhados em grupo, a valorização do investimento no capital humano e a sensibilização para a importância do programa no aprimoramento de habilidades indispensáveis para uma gestão de alta *performance*.

Ademais, quando a ausência é inevitável, não há ruptura no processo de aprendizagem, pois o líder tem a oportunidade de se aprofundar nos conceitos trabalhados

com sua dupla. Deste modo, o integrante da dupla que estava presente no encontro fica destinado a transmitir o conhecimento do dia ao parceiro que precisou se ausentar. Além disso, o time de Gente e Gestão fica disponível para garantir a continuidade do processo.

CONCLUSÃO

O Lidera CON é um organismo vivo dentro da instituição. O foco direcional dos próximos módulos será fortalecer ainda mais o time na **gestão de equipes de alta performance**, atuando com o desenvolvimento da equipe subordinada (em um programa em construção, com um olhar direcionado para os times e suas especificidades), **perfis diferenciados e suas qualidades e comunicação gerencial**.

Seguiremos alinhados com os direcionadores estratégicos da organização que obstina “potencializar o orgulho de ser CON em todos os colaboradores”. Um dos pilares deste propósito é ter uma equipe de líderes capacitados, que liderem de forma empática e com foco em resultados para o negócio, entendendo que tais resultados são mais consistentes quando temos uma equipe sólida, com sua pluralidade respeitada e fortalecida dentro do que agrega valor ao desenvolvimento de todos.

REFERÊNCIAS

1. Institute of Medicine (US) Committee to Design a Strategy for Quality Review and Assurance in Medicare. Medicare: A Strategy for Quality Assurance: Volume 1. [Internet] Lohr KN [ed]. Washington (DC): National Academies Press; 1990. [Cited 2021 May 05]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25144047/>
2. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. 1966. Milbank Q. 2005;83(4):691-729. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>
3. Amestoy SC, Backes VMS, Trindade LL, Canever BP. Produção científica sobre liderança no contexto da enfermagem. Rev. Esc. Enferm. USP [Internet]. 2012 [cited 2021 May 05];46(1): 227-233. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000100030>
4. Maximiano ACA. Teoria geral da administração: da revolução urbana à revolução digital. 7. ed. São Paulo: Atlas; 2012. 480p.
5. Chanes M. Os desafios na formação de gestores líderes em saúde. Mundo Saúde. 2006;30(2):326-331.
6. Haneberg L. Como nascem os grandes gerentes: 20 conversas profundas, provocantes e informais para a construir líderes extraordinários. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010. 272 p.



Percepções de profissionais de saúde brasileiros quanto ao clima de segurança institucional no cenário da covid-19

Geovana Magalhães Ferecini Tomasella^a, Adriana Freitas^b, Michel Matos^c, Regina Cardia^d, Ariadine Cristina Rodrigues de Oliveira^e

Resumo

O objetivo deste estudo foi avaliar a percepção dos profissionais de saúde quanto ao clima de segurança em 14 instituições brasileiras, bem como analisar seus principais impactos no contexto institucional. Para esta avaliação, foi aplicado questionário *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ), no período de março de 2020 a abril de 2021,

^a Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar); mestrado e doutorado pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (USP); MBA em Gestão Empresarial pela Fundação Getúlio Vargas (FGV); *fellow* da International Society for Quality in Health Care (ISQua); avaliadora do IQG Health Services Accreditation.

^b Graduação em Enfermagem pela Universidade do Grande ABC (UniABC); especialização em Prevenção e Controle de Infecção pelo Instituto Brasileiro de Controle de Infecção Hospitalar (IBRACIH); especialização em Gestão do Ambiente Hospitalar pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Docente em Enfermagem pela Universidade Cruzeiro do Sul (UNICSUL); avaliadora do IQG Health Services Accreditation.

^c Graduação em Enfermagem pelo Centro Universitário Faculdades Metropolitanas Unidas (FMU); especialização em Enfermagem em Urgência e emergência pela FMU; MBA Gestão em Saúde pelo Centro Universitário São Camilo; avaliador do IQG Health Services Accreditation.

^d Graduação em Biologia na modalidade médica pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas); especialização em Análises Clínicas pela PUC-Campinas; avaliadora do IQG Health Services Accreditation.

^e Graduação em Enfermagem pela Faculdade Anhanguera Educacional; especialização em Gestão da Qualidade pelo Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein; especialização em Gestão de Processos Lean pela Faculdade Armando Álvares Penteado (FAAP); MBA em Gestão em Pessoas pela Faculdade Anhanguera Educacional; MBA em Gestão Hospitalar pelo Centro Universitário Internacional (Uninter); *fellow* da International Society for Quality in Health Care (ISQua), avaliadora do IQG Health Services Accreditation.

totalizando a participação de 6.789 profissionais de saúde. Identificaram-se como fatores de maior impacto a percepção de estresse e da gerência da unidade ou instituição, sendo a satisfação no trabalho a dimensão com maior positividade na amostra estudada; esses fatores tiveram impacto ainda maior nos hospitais, em comparação com os serviços ambulatoriais. A avaliação do clima de segurança institucional apresentou-se como uma ferramenta fundamental para a compreensão dos diferentes ambientes de trabalho e seus impactos, identificando os principais alvos estratégicos voltados à força de trabalho no enfrentamento da pandemia.

Palavras-chave: Cultura organizacional; Gestão da segurança; Ambiente de trabalho; Gestão de pessoas; Covid-19.

INTRODUÇÃO

A cultura organizacional é produto de valores, atitudes, percepções, competências e padrões comportamentais tanto de grupos quanto de indivíduos. É ela que determina o compromisso, o estilo e a proficiência no manejo da segurança em saúde em uma organização¹. A determinação clara e concisa dos valores e normas de uma instituição, assim como os comportamentos esperados dos profissionais, auxilia a discussão da cultura de segurança do paciente em diferentes contextos. Nota-se que, para haver uma cultura de segurança institucional, é necessário o envolvimento de todos, principalmente da governança^{2,3}.

A cultura de segurança é um processo de construção regido pelo comprometimento em gestão e cuja estruturação estimula comportamentos de aprimoramento profissional em prol da qualidade e segurança⁴. Baseia-se no autoconhecimento institucional: ao reconhecer sua estrutura organizacional e sua hierarquização dos cargos, e ao identificar os relacionamentos interpessoais que ocorrem na instituição, é possível gerar o compromisso para o estímulo ao desenvolvimento⁵.

Nota-se que a orientação organizacional para a construção da cultura de segurança traz resultados mais favoráveis relacionados à segurança do paciente, como a redução sustentada de infecções e de eventos

adversos e a identificação mais oportuna das circunstâncias de risco que envolvem o cuidado. As melhorias desses ambientes são também observadas em índices laborais, tais como a rotatividade de pessoal⁶.

Dois dos mecanismos fundamentais propostos para o aprimoramento da cultura de segurança são: o apoio à comunicação organizacional e o engajamento executivo com os componentes de segurança⁶.

Diversos instrumentos têm sido utilizados com o objetivo de avaliar o clima de segurança do paciente a partir da percepção dos profissionais. Essa avaliação pode ser feita a partir das percepções compartilhadas entre os membros de um mesmo grupo de trabalho em relação aos fatores que influenciam a tomada de decisão relativa a práticas profissionais, procedimentos ou políticas, fatores estes que contribuem para a redução de incidentes de segurança^{7,8}.

Reconhecendo-se a cultura de segurança como o produto das interações entre os fatores psicológicos, comportamentais e situacionais envolvidos na execução de ações de promoção de qualidade e segurança⁹, é preciso avaliar e compreender essa cultura para que as ações sejam direcionadas aos pontos de melhoria identificados. Um dos principais benefícios dessa avaliação é fornecer um indicador concreto do estado atual da cultura, ou seja, do clima de segurança institucional. Da mesma maneira, é importante

acompanhar a evolução do clima depois da implementação de melhorias.

Os **fatores psicológicos** e pessoais estão relacionados às atitudes e às percepções dos trabalhadores, podendo ser avaliados por meio de questionários⁸. A comunicação entre os membros da equipe e os comportamentos relacionados à segurança são os **fatores comportamentais**, que podem ser avaliados por meio de pesquisas observacionais. Por fim, os **fatores situacionais** – ambiente, maquinário, ferramentas, temperatura e iluminação, entre outros – podem ser avaliados por meio de auditorias.

Este modelo reflete a natureza dinâmica da cultura de segurança, enfatizando a inter-relação entre os três fatores. Hoje temos à disposição inúmeros questionários em diferentes idiomas para avaliação do clima de segurança. Destaca-se o *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ), em sua versão adaptada e validada para a língua portuguesa¹⁰, por ser um instrumento com validação transcultural, de rápido preenchimento e que viabiliza a comparação com os demais indicadores de segurança do paciente, além de se adaptar a diferentes realidades de atenção à saúde, como ambulatorios e clínicas. A adaptação transcultural desse instrumento já foi realizada em mais de cinco países diferentes^{8,11-14}.

O uso de pesquisas mostra-se hoje como uma abordagem importante para o direcionamento de ações estratégicas de construção da cultura de segurança nas organizações, bem como para a compreensão dos principais impactos da pandemia de covid-19 na percepção da força de trabalho.

OBJETIVOS

Este estudo teve o intuito de avaliar as diferenças observadas na percepção de cultura de segurança entre 14 instituições brasileiras, a partir de aplicação da pesquisa *Safety Attitudes Questionnaire*

(SAQ), e de analisar seus principais impactos no contexto institucional.

Diante do cenário desenhado a partir dos resultados da pesquisa, traz-se a discussão sobre os impactos da crise de covid-19 no clima de segurança, além de subsídios para que os gestores orientem suas estratégias para a construção da qualidade e da segurança institucional.

MÉTODO

Para subsidiar as instituições de saúde integrantes do programa de acreditação QMentum Internacional IQG durante o primeiro ciclo da pandemia de covid-19, entre março de 2020 e abril de 2021, foi feito o convite para aplicação da pesquisa. O instrumento utilizado foi aplicado em 14 serviços de saúde distribuídos em quatro estados brasileiros, cuja modalidade de atendimento variou de ambulatorios a hospitais de alta complexidade.

O convite para realização da pesquisa foi feito por correio eletrônico (*e-mail*) a instituições brasileiras. Após assinar *on-line* o Termo de Aceite Institucional, cada instituição preencheu formulário com seus dados cadastrais e número de colaboradores. Após esta etapa, cada instituição foi informada sobre o número mínimo de participantes para validade da pesquisa (índice de confiabilidade de 95%). O contato foi realizado também por *e-mail*, com encaminhamento do *link* para o formulário *on-line* da pesquisa, disponibilizado pela plataforma *Google Forms*.

O formulário foi disponibilizado em computadores das próprias instituições para preenchimento voluntário, habilitado mediante aceite *on-line* do Termo de Consentimento Profissional. Puderam responder ao questionário os colaboradores das instituições – técnicos e auxiliares de enfermagem, enfermeiros, médicos e demais profissionais. Em qualquer momento da pesquisa, a instituição ou o colaborador poderia

retirar seu aceite de participação. Para dúvidas no preenchimento, foram disponibilizados telefone e e-mail para contato com o pesquisador.

A pesquisa aplicada foi a *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ), composta por 41 questões que mensuram a percepção dos profissionais sobre a cultura de segurança em sete dimensões: (i) clima de trabalho em equipe; (ii) clima de segurança; (iii) satisfação no trabalho; (iv) percepção do estresse; (v) percepção da gerência; (vi) condições de trabalho; (vii) comportamentos seguros. A resposta a cada questão segue a escala Likert, de cinco pontos. O escore final varia de zero a 100, e são considerados valores positivos os escores ≥ 75 .

As análises estatísticas foram conduzidas por meio do *software Minitab 19.0*, cujos valores alfa de Cronbach variaram de 0,68 a 0,89 nas sete dimensões analisadas. A consistência interna foi elevada nas três primeiras dimensões avaliadas – clima de trabalho em equipe, clima de segurança e satisfação no trabalho – em comparação com as demais. Além disso, houve variabilidade substancial no percentual de escores positivos em todas as variáveis analisadas.

As respostas foram analisadas e, então, foi gerada a comparação entre as médias de acordo com as seguintes categorias: cargo exercido, categoria profissional, gênero, atuação principal, tempo na especialidade, tempo em que trabalha na instituição, tempo em que trabalha na unidade, turno de trabalho, vínculo empregatício e formação profissional complementar. A análise comparativa entre essas categorias e as dimensões avaliadas foi realizada pelos testes estatísticos *t-Student* e ANOVA, no *software* estatístico *Minitab 19.0*.

Para cada uma das organizações participantes da pesquisa, foi realizada uma videoconferência com a gerência e as áreas estratégicas, buscando orientação sobre as práticas que visassem a sustentar a cultura de segurança de acordo com o contexto institucional. À gerência, também foi entregue um relatório com o detalhamento das análises estatísticas.

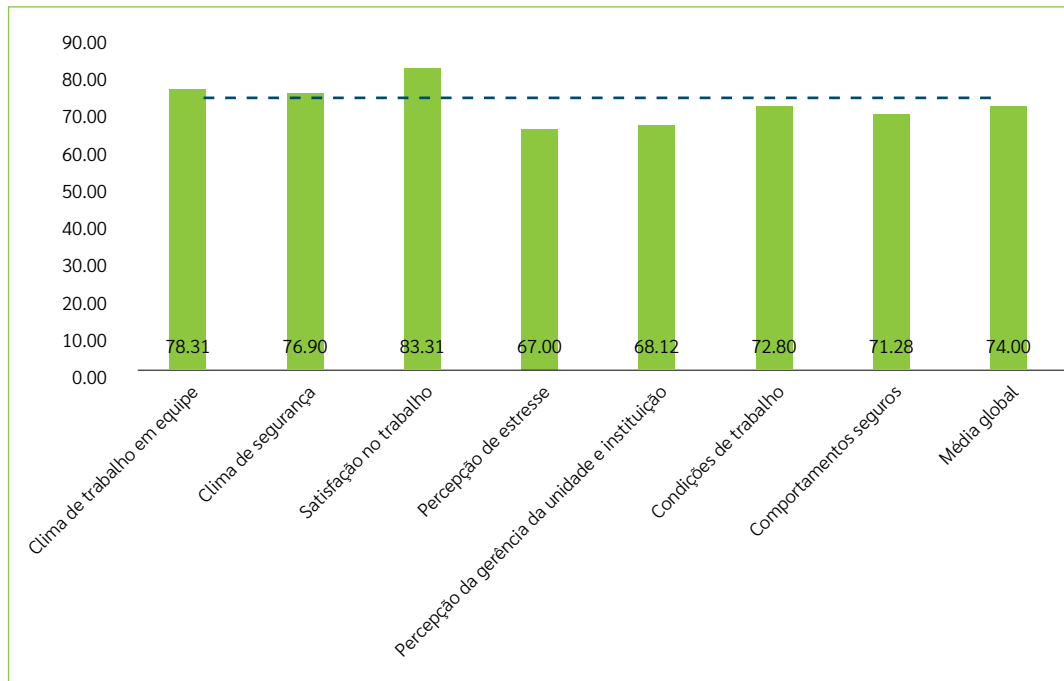
RESULTADOS

Observam-se a seguir os resultados da aplicação da pesquisa em 14 instituições brasileiras, em quatro diferentes estados do país, sendo: quatro ambulatórios, com 1.009 profissionais participantes no total; quatro hospitais de média a alta complexidade, com 2.337 profissionais respondendo; e seis unidades mistas (ambulatório e hospital), com a participação de 3.443 profissionais.

No Gráfico 1, relatam-se as médias para cada um dos domínios da pesquisa, sendo elas: (i) clima de trabalho em equipe – 78,21%; (ii) clima de segurança – 76,90%; (iii) satisfação no trabalho – 83,81%; (iv) percepção de estresse – 67%; (v) percepção da gerência (da unidade e da instituição) – 68,12%; (vi) condições de trabalho – 72,80%; (vii) comportamentos seguros – 71,28%. A média geral foi de 74%.

Desta forma, observa-se que a percepção foi positiva em três das sete dimensões, e negativa nas outras quatro dimensões. A de maior impacto foi (iv) percepção de estresse, seguida por (v) percepção da gerência (da unidade e da instituição). A média global mostrou-se negativa, indicando impactos no clima de segurança das organizações no período estudado.

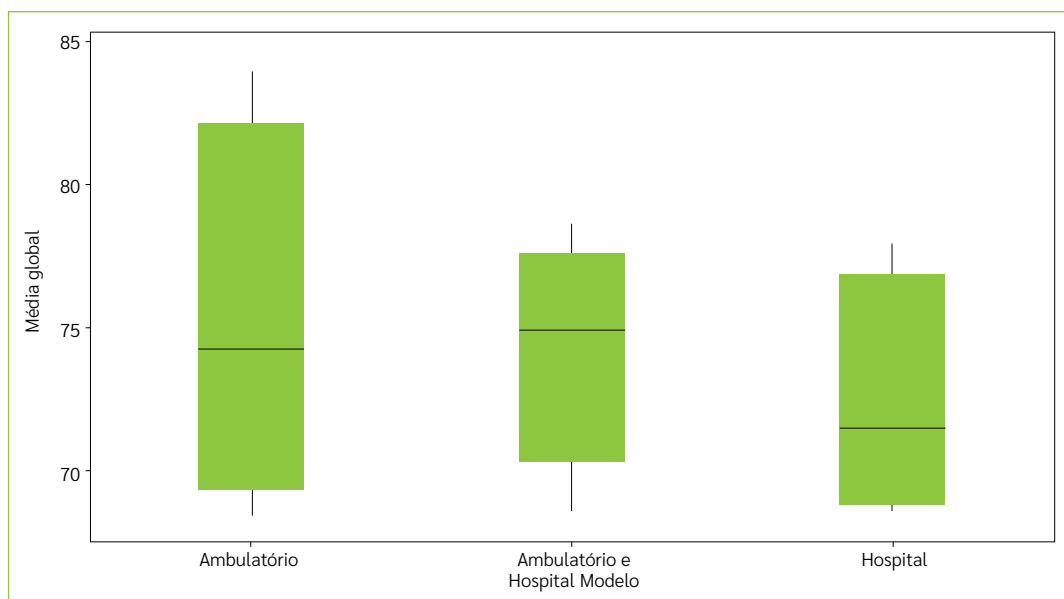
Gráfico 1 – Percepção dos colaboradores nas dimensões da pesquisa de clima de segurança aplicada em 14 instituições brasileiras, de março de 2020 a abril de 2021.



O Gráfico 2 demonstra que, de acordo com a amostra de instituições estudadas, a média de percepção entre as dimensões variou de 68,4% (desvio-padrão

de 3,84 a 6,74) a 75,25%. A mediana dos hospitais foi menor que a dos ambulatorios, com 72,4% e 75,25%, respectivamente.

Gráfico 2 – Gráfico do tipo *boxplot* das médias da pesquisa de clima aplicada em 14 instituições brasileiras, de março de 2020 a abril de 2021.



As instituições denominadas hospitais obtiveram as piores percepções quanto ao clima de segurança. Apreende-se, assim, que, quanto maior o nível de complexidade da assistência prestada, pior a percepção de clima de segurança – demonstrada pelas dimensões com maior negatividade (percepção de estresse e percepção da gerência da unidade).

Para cada uma das instituições, foram analisados os diferentes microssistemas, como unidades de terapia intensiva, unidades clínicas e alas cirúrgicas, entre outros. Houve grande variabilidade entre esses resultados, demonstrando que, dentro das instituições, não houve uma significativa diferença ($p>0,05$) entre unidades de maior complexidade, como unidades de terapia intensiva ou a prevalência de um turno ou carga horária de atuação com maior ou menor prevalência.

Destaca-se que a pesquisa foi aplicada a profissionais que atuam tanto na área administrativa como na assistencial. Houve alto impacto (médias e medianas menores que 75%) para as dimensões de percepção de estresse e de percepção da gerência (da unidade e/ou instituição) em todas as instituições analisadas e nas diferentes categorias profissionais.

Também se relata maior prevalência de resultados de ordem positiva ($p<0,001$) nos grupos com maior tempo na instituição (acima de cinco anos) e maior tempo de atuação na unidade, em todas as instituições analisadas. Esta prevalência, porém, não foi constatada na dimensão clima de trabalho em equipe, que teve percepção positiva na maior parte das instituições analisadas. Além disso, foram encontradas diferenças significativas ($p<0,001$) entre as médias globais relativas a profissionais com maior nível de escolaridade em dez das 14 instituições analisadas.

Com relação à satisfação no trabalho, observam-se médias superiores a 75% em todas as instituições analisadas, o que demonstra percepção positiva em termos de atuação profissional. Não houve

prevalência de resultados positivos em categorias profissionais específicas, observando-se alta variabilidade entre as instituições ($p>0,05$).

DISCUSSÃO

O ambiente de trabalho nos serviços de assistência à saúde tem sido foco de grandes discussões nos últimos anos, uma vez que impactam diretamente a segurança assistencial e os resultados clínicos obtidos. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS)⁵, a segurança do paciente é um elemento essencial à qualidade assistencial e está relacionada diretamente ao ambiente de trabalho, onde ações para prevenção de riscos aos pacientes e seu gerenciamento são fundamentais.

Dentro de ambientes complexos, como no sistema de saúde brasileiro, entender os fatores que influenciam as decisões e o ambiente de trabalho, de acordo com o nível de complexidade assistencial, torna-se vital para a redução dos riscos aos quais os pacientes são expostos, além de contribuir para entregas de resultados clínicos satisfatórios aos clientes.

A determinação clara e concisa dos valores e normas de uma instituição, assim como os comportamentos esperados dos profissionais, auxilia a discussão da cultura de segurança do paciente nos diferentes contextos¹⁵. A análise do comportamento organizacional relativo ao clima de segurança permite investigar os impactos gerados pelos indivíduos nos grupos de trabalho dentro das organizações, e esses dados podem ser utilizados para a melhora da *performance* operacional¹⁶.

A cultura de segurança é um processo de construção regido pelo comprometimento dos líderes com a gestão¹, o que é demonstrado pela alta variabilidade entre os microssistemas de uma mesma instituição, como outros autores já relataram sobre a

utilização do mesmo instrumento aqui aplicado¹⁵. Uma cultura sólida de segurança estimula comportamentos de aprimoramento profissional em prol da qualidade e da segurança, substituindo a punição pela chance de o profissional e a equipe aprenderem com as falhas e melhorarem a assistência prestada¹. A construção dessa cultura sólida de segurança deve basear-se no autoconhecimento institucional fundamentado e consistente, de forma que consiga lidar com situações adversas inseridas nas condições de trabalho e relacionadas a fatores humanos, compreendendo equipe de trabalho, desenho do fluxo de trabalho, fatores pessoais e organizacionais.

Sabe-se que, em condições normais de trabalho, os profissionais de saúde apresentam risco de ansiedade, depressão, esgotamento, insônia, sofrimento moral e transtorno de estresse pós-traumático. Por exemplo, a síndrome de *burnout* grave afeta até 33% dos enfermeiros de cuidados intensivos e até 45% dos médicos de cuidados intensivos¹⁻⁵. Como desdobramento da pandemia, os profissionais de saúde afastaram-se do convívio social por medo de transmitir a covid-19 para seus entes queridos, hospedando-se em hotéis ou se isolando em ambiente doméstico segregado. Soma-se a isso o fato de muitos profissionais terem trabalhado por longos turnos e com acesso restrito a equipamentos de proteção individual, além das fontes adicionais, e muitas vezes evitáveis, de estresse e ansiedade. Tudo isso impactou a capacidade de enfrentamento dos indivíduos¹⁶.

O desenvolvimento de *burnout* está relacionado a desequilíbrios entre fatores pessoais e profissionais, tendo como consequências a rotatividade de profissionais e a elevação no índice de erros assistenciais, com a consequente diminuição de satisfação dos pacientes¹⁶. Com a análise dos resultados da pesquisa aplicada, espera-se entender os motivos que estão favorecendo esse desequilíbrio para nortear a

definição de programas de apoio à força de trabalho, evitando a disponibilização de ações pautadas apenas na experiência dos gestores, no senso comum ou em solicitações diretas dos profissionais.

Estudos demonstram que, quanto maior o clima de segurança, menores são os erros relacionados à assistência^{2,3,13}. Desta forma, os altos níveis de satisfação no trabalho e também de percepção do estresse podem favorecer a ocorrência de erros, já que se nota maior incidência de incidentes assistenciais onde o clima de segurança apresenta piores resultados³.

A percepção do estresse foi a mais negativa nas instituições analisadas, em todos os diferentes níveis de complexidade, o que denota o alto impacto da pandemia nos recursos humanos. Estes resultados exigem a dedicação dos gestores à definição de estratégias de comunicação com os trabalhadores a respeito de planos de enfrentamento de crise, já que a falta de informações gera incerteza sobre seu futuro profissional – o que é um fator de estresse ainda maior, favorecendo a ocorrência de erros ou falhas.

Um estudo comparando a pesquisa SAQ à aplicação concomitante do *Inventário de Burnout* demonstrou alto risco para *burnout*, ansiedade e depressão entre os profissionais de saúde¹⁷. Esses achados destacam a importância de serviços de apoio direcionados a grupos de risco, bem como apoio social, físico e psicológico à equipe tanto durante como após o pico da pandemia. Sem isso, fortes impactos podem ocorrer no longo prazo.

Outro ponto negativo está na percepção da gerência da unidade ou da instituição, que pode estar relacionada à comunicação e ao desdobramento das políticas e diretrizes institucionais. Nesse sentido, as instituições devem: determinar estratégias que favoreçam a comunicação transversal entre os diferentes níveis hierárquicos, voltada a objetivos

comuns e ao aprendizado organizacional; definir canais de *feedback*; e promover a valorização profissional, favorecendo a atuação integrada com base no respeito mútuo¹⁶. Os profissionais não esperam que seus líderes saibam dos riscos futuros, já que o futuro é incerto, mas esperam ser comunicados sobre os planos institucionais, ainda que não estejam completamente formulados; precisam saber que pessoas preparadas estão dedicadas à identificação e à resolução de problemas.

Autores relatam a diminuição da percepção da gestão por parte do grupo de enfermeiros devido às experiências recentes e atuais na pandemia, principalmente as relacionadas à provisão de equipamentos de proteção individual para o trabalho, aos recursos para o atendimento ao paciente e ao apoio institucional dado aos profissionais¹⁷.

Neste estudo, não houve relação direta entre satisfação no trabalho e percepção da gerência da unidade, o que pode indicar a necessidade de reconhecimento do líder sobre as necessidades profissionais do trabalho, reconhecimento precoce do ambiente de trabalho e reorganização dos processos de trabalho voltada à qualidade e segurança.

É importante entender que os profissionais sofrem diretamente os impactos dos erros, na forma de ansiedade, tristeza e baixa confiança em suas habilidades para o trabalho. Para um ambiente de trabalho saudável, é importante uma cultura justa. Líderes com distanciamento da força de trabalho tendem a aplicar uma cultura punitiva, desfavorecendo o trabalho em equipe e ampliando as chances de erros¹⁶.

Observou-se nestes resultados que a política da gestão de pessoas com vistas a reduzir o *turnover* e o absenteísmo organizacional é favorável aos resultados de clima de segurança, orientando não apenas resultados assistenciais mais positivos para o paciente, mas também um ambiente de trabalho onde o relacionamento interprofissional possa gerar

aprendizado organizacional com a *expertise* de profissionais mais experientes, além do custo operacional envolvido com folha e encargos profissionais. No entanto, a pandemia causou uma ruptura desse modelo em muitas organizações, com a prevalência de altos índices *turnover* e absenteísmo, o que gera impactos ainda maiores às instituições.

CONCLUSÃO

A avaliação do clima de segurança institucional apresenta-se como uma ferramenta fundamental para que os gestores compreendam as percepções, atitudes e crenças dos profissionais, bem como o impacto desses fatores na segurança do paciente e do próprio trabalhador, já que um clima de segurança desfavorável pode desencadear falhas assistenciais, agravando o bem-estar dos profissionais e interferindo em suas relações.

Manter um ambiente seguro para a prática profissional é uma tarefa que exige alto engajamento da governança, além do envolvimento de todos os profissionais, assistenciais e de apoio, nas discussões sobre qualidade e segurança.

A pesquisa foi aplicada em um momento de grandes impactos físicos, psíquicos e sociais causados pela pandemia de covid-19, pois a rotina antes praticada nas instituições passou por alterações significativas. Esta evidência configura a necessidade de os gestores se dedicarem ao desenvolvimento de programas de apoio à força de trabalho que atua em instituições ambulatoriais, uma vez que as incertezas quanto à estabilidade futura desses profissionais geram impactos sociais que interferem na percepção de estresse.

Assim, conclui-se que não se deve considerar apenas a alta complexidade da assistência como fator mais desafiador, muito embora os resultados da pesquisa tenham demonstrado altos níveis de percepção de estresse em instituições voltadas ao atendimento para

a alta complexidade. Também nestas instituições, observou-se alto nível de satisfação no trabalho.

A liderança da unidade ou instituição também apresentou percepção negativa nos hospitais, refletindo problemas relacionados ao envolvimento da governança em segurança assistencial, alocação de recursos e gestão de pessoas. Desta forma, a governança deve estabelecer estratégias para as atividades prioritárias, disponibilizando informações oportunas que

possam afetar o trabalho e recursos mínimos para a segurança assistencial.

A partir destas análises, é eminente repensar as estratégias de qualidade e segurança, a partir do mapeamento das necessidades organizacionais voltadas à minimização do estresse dos profissionais e ao preparo dos líderes para atuação neste cenário. Tais ações terão impacto de longo prazo nas instituições brasileiras de assistência à saúde.

REFERÊNCIAS

1. Nieva VF, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Health Care* [Internet]. 2003 [cited 2021 May 18];12(2):ii17-23. Available from: https://qualitysafety.bmj.com/content/12/suppl_2/ii17
2. Famolaro T, Yount N, Burns W, Flashner E, Liu H, Sorra J. Hospital survey on patient safety culture 2016: user comparative database report. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2016. AHRQ Publication No. 16-0021-EF.
3. Ross J. Patient safety outcomes: the importance of understanding the organizational culture and safety climate. *J Perianesth Nurs* [Internet]. 2011 [cited 2021 May 18];26(5):347-348. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2011.08.001>
4. Andrade LEL, Lopes JM, Filho MCMS, Júnior RFV, Farias LPC, Santos CCMD, et al. Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. *Ciênc. Saúde Coletiva* [Internet]. 2018 [cited 2021 May 18];23(1):161-172. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.24392015>
5. World Health Organization (CH). World Alliance for Patient Safety WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems: from information to action. Geneva (Switzerland): WHO; 2005. / World Health Organization (WHO). World Alliance for Patient Safety. Forward Programme 2008-2009. Geneva (Switzerland): World Health Organization; 2008.
6. Weaver SJ, Lubomski LH, Wilson RF, Pfoh ER, Martinez KA, Dy SM. Promoting a culture of safety as a patient safety strategy: a systematic review. *Ann Intern Med* [Internet]. 2013 [cited 2021 May 18];158(5 Pt 2):369-74. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00002>
7. Pousette MTA, Mikkelsen PKKL, Lappalainen J, Tharaldsen J, Tómasson K. A Nordic questionnaire for assessing safety climate (NOSACQ). Working on Safety. Crete (Greece); 2008.
8. Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, Rowan K, Vella K, Boyden J, et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2006 [cited 2021 May 18];44(6):1-10. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-44>
9. Colla JB, Bracken AC, Kinney LM, Weeks WB. Measuring patient safety climate: a review of surveys. *Qual Saf Health Care* [Internet]. 2005 [cited 2021 May 18];14(5): 364-366. <https://doi.org/10.1136/qshc.2005.014217>
10. Carvalho REFL, Cassiani SHB. Questionário Atitudes de Segurança: adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 para o Brasil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2012 [cited 2021 May 18]. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt_a20v20n3.pdf
11. Deilkas ET, Hofoss D. Psychometric properties of the Norwegian version of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), generic version (short form 2006). *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2008 [cited 2021 May 18];8:191. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-191>
12. Goras C, Wallentin FY, Nilsson U, Ehrenberg A. Swedish translation and psychometric testing of the safety attitudes questionnaire (operating room version). *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2013 [cited 2021 May 18];13:104. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-104>
13. Norden-Hagg A, Sexton JB, Kalvemmark-Sporrong S, Ring L, Kettis-Lindblad A. Assessing safety culture in pharmacies: the psychometric validation of the safety attitudes questionnaire (SAQ) in a national sample of community pharmacies in Sweden. *BMC Clin Pharmacol*

[Internet]. 2010 [cited 2021 May 18];10:8. <https://doi.org/10.1186/1472-6904-10-8>

14. Zimmermann N, Kung K, Sereika SM, Engberg S, Sexton B, Schwendimann R. Assessing the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), German language version in Swiss university hospitals: a validation study. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2013 [cited 2021 May 18];13:347. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-347>
15. Patterson PD, Huang DT, Fairbanks RJ, Simeone S, Weaver M, Wang HE. Variation in emergency medical services workplace safety culture. *Prehosp Emerg Care* [Internet]. 2010 [cited 2021 May 18];14(4):448-460. <https://doi.org/10.3109/10903127.2010.497900>
16. Moss M, Good VS, Gozal D, Kleinpell R, Sessler CN. An Official Critical Care Societies Collaborative Statement: Burnout Syndrome in Critical Care Health Care Professionals: A Call for Action. *Am J Crit Care* [Internet]. 2016 [cited 2021 May 18];25(4):368-76. <https://doi.org/10.4037/ajcc2016133>
17. Denning M, Goh ET, Tan B, Kanneganti A, Almonte M, Scott A, et al. Determinants of burnout and other aspects of psychological well-being in healthcare workers during the Covid-19 pandemic: A multinational cross-sectional study. *PLoS ONE* [Internet]. 2021 [cited 2021 May 18];16(4):e0238666. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238666>
18. Gittel JH, Weinberg D, Pfefferle S, Bishop C. Impact of Relational Coordination on Job satisfaction and quality outcomes: a study of nursing homes. *Hum Resour Manag J* [Internet]. 2008 [cited 2021 May 18];18(2):154-170. <https://doi.org/10.1111/j.1748-8583.2007.00063.x>



Operacionalização dos serviços de saúde bucal com ênfase na integração multiprofissional na atenção primária e secundária

Frederico Aparecido de Oliveira Medeiros^a,
Leiriane Alves de Souza^b, Melyne Serralha Rocha^c

Resumo

A atuação das equipes de saúde bucal na atenção primária à saúde tem por finalidade oferecer aos pacientes um atendimento integral e resolutivo. O presente trabalho traz um relato de experiência profissional da Rede de Atenção à Saúde Bucal do Setor Sanitário Sul de Uberlândia (MG), descrevendo o I Painel de Casos Clínicos e Experiências Exitosas – Saúde Bucal, cujo objetivo foi integrar a equipe multiprofissional e a interação da atenção primária e secundária, no contexto da Planificação da Atenção à Saúde e da certificação *Qmentum*. Houve significativa adesão dos profissionais ao evento científico; os trabalhos apresentados alinharam-se aos protocolos clínicos, fluxogramas e

^a Graduação em Odontologia pelo Centro Universitário do Triângulo Mineiro (Unitri); especialização em Endodontia pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU); referência técnica em saúde bucal, Missão Sal da Terra, Uberlândia/MG.

^b Graduação em Odontologia pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU); MBA em Gestão em Saúde pela Universidade de São Paulo (USP); mestrado em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador pela UFU; cirurgiã-dentista da Atenção Primária, Missão Sal da Terra, Uberlândia/MG.

^c Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU); especialização em Gestão em Saúde Pública pelo Centro Universitário do Triângulo (Unitri); diretora da Atenção Primária, Missão Sal da Terra, Uberlândia/MG.

procedimentos operacionais padrão adotados pela Missão Sal da Terra – gestora das unidades de saúde do Sistema Único de Saúde no Setor Sul do município mineiro – e fundamentaram-se na unificação de processos dentro da reorganização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e da certificação *Qmentum*. Perceberam-se a responsabilidade e o compromisso das equipes em relação às mudanças e aos padrões implementados, e o entendimento da necessidade de adequação dos processos para a obtenção dos resultados positivos almejados.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Equipe multiprofissional; Rede de atenção à saúde; Saúde bucal

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), lançada em 2004 e reconhecida como a maior política em saúde bucal no mundo, trouxe maior articulação entre os níveis de atenção, ampliação do acesso aos serviços odontológicos e maior integração das equipes de saúde bucal com os demais profissionais de saúde, com ênfase na multidisciplinariedade e intersetorialidade^{1,2}.

A partir da instituição das diretrizes de organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), pela Portaria n. 4.279/2010 do Ministério da Saúde³, houve a necessidade de uma reorganização da Rede de Atenção à Saúde Bucal, com a finalidade de adequar os processos de trabalho principalmente no âmbito da atenção primária, ordenadora do cuidado na RAS, para que os serviços odontológicos, assim integrados, pudessem ser oferecidos de forma integral, equânime e resolutiva^{2,3}. A implementação das RAS aponta para a otimização dos serviços de saúde, baseada na maior eficiência da gestão, com o alinhamento entre o aumento da produtividade e a redução dos custos e no processo de efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS)⁴.

Entretanto, com base nos debates e oficinas promovidos pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), observou-se a necessidade de organização e fortalecimento da atenção primária para o bom funcionamento e efetividade das RAS. Dessa forma, foi proposto o Projeto de Planificação da Atenção Primária, que passou por várias etapas de 2003 a 2018

e se consolidou como uma exitosa proposta de gestão e organização da atenção primária à saúde e da atenção ambulatorial especializada nas RAS, consubstanciada atualmente pela Planificação da Atenção à Saúde (PAS)^{5,6}.

Desde 2017, a Planificação da Atenção à Saúde, denominada Qualifica SaUDI em Uberlândia (MG), tem sido adotada pela gestão municipal como principal estratégia no campo da saúde. Essa metodologia do Conass, em processo de implantação em todos os setores sanitários do município, tem como Centro Colaborador o Setor Sanitário Sul, sob a gestão da Missão Sal da Terra, associação de direito privado e natureza filantrópica, reconhecida de utilidade pública municipal, estadual e federal e qualificada como Organização Social (OS).

Nesse contexto, torna-se importante ressaltar que as equipes de saúde bucal desse setor sanitário estão incluídas no Qualifica SaUDI, assim como fazem parte da reorganização da RAS no município. Com o intuito de maior interação entre esses profissionais, a Missão Sal Terra instituiu, em julho de 2020, uma referência técnica única para a saúde bucal no setor sul e, consequentemente, a integração dos fluxogramas, protocolos clínicos, procedimentos operacionais padrão (POPs), além de reuniões e capacitações.

Além disso, é imprescindível acrescentar que as unidades gerenciadas pela Missão Sal da Terra seguem os padrões de qualidade da Organização Nacional de

Acreditação (ONA) e recebem as visitas presenciais e/ou digitais do Instituto Qualisa de Gestão (IQG), instituição acreditadora credenciada (IAC). Assim, a Missão Sal da Terra possui unidades com acreditação de nível 1 e de nível 2, assim como está em processo de certificação *Qmentum*, com a acreditação de rede, que visa não só à melhoria contínua do cuidado, tornando-o integral, efetivo e seguro, mas também ao aprimoramento e à qualificação dos serviços de saúde, otimizando recursos e potencializando os resultados⁷.

Para que tais ações sejam realizadas com êxito, faz-se necessário oferecer ações sólidas e periódicas voltadas para a educação continuada. Sendo assim, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Pneps) legisla sobre a importância da implementação de ações de educação permanente e continuada voltadas a trabalhadores no âmbito do SUS⁸. Nesse sentido, urge a necessidade de implantação dessas práticas, de forma periódica e consistente, na rotina das unidades de saúde, pois o incentivo à troca de saberes multidisciplinares e à atualização dos profissionais da Rede SUS culmina também na melhoria contínua da assistência ao paciente.

Nesse contexto, foi apresentada à diretoria da atenção primária da Missão Sal da Terra a proposta de organização do I Painel de Casos Clínicos e Experiências Exitosas – Saúde Bucal/Setor Sul/MSDT, com o intuito de promover a interação e integração das equipes de saúde bucal, tanto da atenção primária como da atenção especializada, e efetivar a consolidação dos protocolos clínicos e fluxos de processos já estabelecidos na instituição. O Painel, cuja primeira edição é apresentada neste artigo, terá periodicidade anual para a troca de saberes e experiências bem-sucedidas.

OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é apresentar a organização e os resultados do I Painel de Casos Clínicos e Experiências Exitosas – Saúde Bucal no contexto da

Rede de Atenção à Saúde (RAS), ou seja, a experiência de integração da equipe de saúde bucal da atenção primária e secundária do Setor Sanitário Sul do município de Uberlândia (MG), com ênfase nas metodologias da Planificação da Atenção à Saúde (PAS) e da acreditação internacional *Qmentum*.

MÉTODO

Este artigo relata a experiência da organização e realização do I Painel de Casos Clínicos e Experiências Exitosas – Saúde Bucal no Setor Sanitário Sul de Uberlândia (MG), demonstrando a importância da integração e troca de conhecimento entre os profissionais de saúde bucal e as equipes multiprofissionais da atenção primária e secundária, mediante a implantação e consolidação dos protocolos clínicos, fluxogramas e procedimentos operacionais padrão, com a finalidade de qualificação e humanização dos serviços odontológicos ofertados, tanto curativos quanto de prevenção e promoção de saúde bucal, com ênfase na segurança do paciente, garantindo êxito no tratamento e, conseqüentemente, na recuperação da saúde.

Contexto

A rede de atenção à saúde bucal do Setor Sanitário Sul do município de Uberlândia é contemplada em dois níveis: atenção primária e secundária.

• **Atenção primária:** sendo a porta de entrada do usuário, é neste nível de atenção que as ações de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde são realizadas, por meio de práticas integradas com a equipe multidisciplinar⁹.

No Setor Sanitário Sul, a saúde bucal de atenção primária é dividida em nove equipes de saúde bucal nas Unidades Básicas da Saúde da Família (UBSFs); sete equipes de saúde em duas Unidades Básicas de Saúde (UBSs); e quatro equipes de saúde bucal na Unidade de Atendimento

Integrado (UAI), registrada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) como Unidade Mista.

• **Atenção secundária:** O Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) é referência para encaminhamentos de usuários da atenção primária que necessitem de tratamento odontológico especializado nas áreas de cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial (CTBMF), endodontia, estomatologia e periodontia.

Execução do projeto

A organização do Painei cumpriu as etapas descritas no cronograma do Quadro 1 e observou as seguintes

normas: cada apresentação teve no máximo 10 minutos, utilizando um limite de cinco *slides*, e, ao final de cada exposição, foram realizados os debates e as considerações. Posteriormente, os trabalhos receberam notas de zero a 5 da banca avaliadora, composta por três cirurgiões-dentistas, de acordo com os seguintes critérios: Protocolos Clínicos, Procedimentos Operacionais Padrão, Fluxos dos Processos de Trabalho e Segurança do Paciente.

Devido à pandemia da covid-19, o I Painei foi realizado, nos dias 17 e 18 de dezembro de 2020, em salas virtuais da plataforma *Google Meet*.

Quadro 1 – Ações para o desenvolvimento do I Painei de Casos Clínicos e Experiências Exitosas – Saúde Bucal – Setor Sanitário Sul – Uberlândia (MG), outubro de 2020 a janeiro de 2021.

AÇÃO	OUT/2020	NOV/2020	DEZ/2020	JAN/2021
Sensibilização da equipe de saúde bucal para a integração das ações e dos processos na atenção à saúde bucal.	X			
Elaboração de projeto-piloto para organização do evento.		X		
Apresentação da proposta para elaboração do I Painei de Casos Clínicos e Experiências Exitosas – Saúde Bucal para a equipe.		X		
Seleção de casos e experiências.		X	X	
Convite e formação da mesa diretora e da banca avaliadora.			X	
Elaboração de material para divulgação do evento.			X	
Elaboração do cronograma do evento e roteiro do cerimonial.		X		
Execução do evento em ambiente virtual.			X	
Avaliação do evento pelos participantes.			X	
Premiação dos trabalhos.				X

RESULTADOS

A partir da adesão e do envolvimento das equipes de saúde bucal das UBSFs do Setor Sul, da UBS Pampulha e da UAI São Jorge, foram inscritos 12 casos clínicos ou relatos de experiências exitosas, nas seguintes áreas

de concentração: Saúde Coletiva, Odontopediatria, Endodontia, Periodontia, Dentística, Estomatologia, Traumatologia e Cirurgia Buco-Maxilo. Os títulos e as principais abordagens dos trabalhos são apresentados no Quadro 2.

Quadro 2 – Trabalhos apresentados no I Painel de Casos Clínicos e Experiências Exitosas – Saúde Bucal.

TRABALHO	PRINCIPAIS ABORDAGENS
1. Paciente Acamado com Comorbidades: Um relato de caso na atenção multiprofissional.	<ul style="list-style-type: none"> - Integração multiprofissional - Interação da atenção primária e secundária - Protocolos clínicos para pacientes hipertensos, diabéticos, cardiopatas e com infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) - Fluxograma de encaminhamento para as especialidades - POPs de limpeza e esterilização de instrumentais
2. Novembro Azul e Vermelho: Um relato de experiência.	<ul style="list-style-type: none"> - Integração multiprofissional
3. Extração Dentária e Hemorragia.	<ul style="list-style-type: none"> - Integração multiprofissional - Protocolos clínicos para controle de hemorragia - Fluxograma de atendimento a pacientes com complicações durante atendimento odontológico - POPs de limpeza e esterilização de instrumentais
4. Traumatismo Dento-Alveolar – Abordagem inicial e acompanhamento clínico-radiográfico: Tratamento odontológico de paciente hebiátrico diabético tipo 1, em tempos de pandemia da covid-19.	<ul style="list-style-type: none"> - Interação da atenção primária e secundária - Protocolo clínico para atendimento de pacientes diabéticos - Fluxograma de encaminhamento para especialidades - POPs de limpeza e esterilização de instrumentais
5. Relato de caso clínico: O atendimento odontológico de paciente com transtorno psiquiátrico no serviço de urgência/emergência da unidade UAI São Jorge.	<ul style="list-style-type: none"> - Protocolo clínico de pacientes portadores de transtornos mentais - POPs de limpeza e esterilização de instrumentais
6. Mucosite Oral: Manejo do paciente na atenção primária.	<ul style="list-style-type: none"> - POPs de limpeza e esterilização de instrumentais
7. A importância da visita domiciliar odontológica como ferramenta para diagnóstico precoce de lesões orais.	<ul style="list-style-type: none"> - Integração multiprofissional - Fluxograma para encaminhamento de pacientes com lesões orais
8. Atendimento e conduta do paciente diagnosticado com mieloma múltiplo.	<ul style="list-style-type: none"> - Integração multiprofissional - Protocolos clínicos para adequação do meio bucal e exodontias múltiplas - POPs de limpeza e esterilização de instrumentais
9. Hipersensibilidade Dentinária Cervical: Diagnóstico, tratamento e resultados.	<ul style="list-style-type: none"> - POPs de limpeza e esterilização de instrumentais
10. Como a odontologia pode mudar a vida das pessoas – Relato de caso da UBSF Santa Luiza.	<ul style="list-style-type: none"> - Integração multiprofissional - Protocolos clínicos de exodontias múltiplas - POPs de limpeza e esterilização de instrumentais
11. Curetagem Periapical Associada com Apicectomia de Incisivo Lateral Superior: relato de caso clínico.	<ul style="list-style-type: none"> - Interação da atenção primária e secundária - Protocolos clínicos de apicectomia - Fluxograma de encaminhamento para especialidades - POPs de limpeza e esterilização de instrumentais
12. Avulsão Dentária	<ul style="list-style-type: none"> - Interação da atenção primária e secundária - Protocolos clínicos para avulsão dentária - Fluxograma de encaminhamento para especialidades - POPs de limpeza e esterilização de instrumentais

A partir dos principais temas abordados, constatou-se que 100% dos trabalhos atenderam às exigências do I Painel, pois trouxeram em suas narrativas a conformidade com os padrões requeridos na prática odontológica das equipes de saúde bucal do Setor Sanitário Sul, demonstrando que a unificação dos processos encontra-se consolidada. De acordo com o Quadro 2, todos os artigos relacionados com a prática clínica evidenciaram embasamento nos protocolos clínicos, com exceção do artigo 9, cujo tema principal (hipersensibilidade dentinária) ainda não tinha registro de padronização de atendimento e será acrescentado aos protocolos clínicos; já os artigos 2 e 7 estavam relacionados à visita domiciliar e/ou ações coletivas, por isso foram os únicos em que não houve necessidade de aplicação dos POPs do setor de Odontologia, pois as atividades foram realizadas fora do consultório odontológico.

Em relação aos fluxogramas, todos os relatos empregaram essa ferramenta corretamente, como demonstra a Tabela 1. É importante frisar que os artigos 1, 4, 11 e 12, que abordaram a interação entre a atenção primária e a secundária, seguiram corretamente o fluxo estabelecido de encaminhamento para o CEO. Além disso, no tocante à integração multiprofissional, um dado que precisa ser ressaltado é que, dentre os sete artigos (1, 2, 3, 7, 8, 9 e 10) das equipes de saúde bucal presentes na Estratégia de Saúde da Família (ESF), ou seja, nas UBSFs, seis demonstraram o importante trabalho multidisciplinar que se caracteriza pela discussão dos casos entre os profissionais de saúde com o intuito de construir um plano terapêutico integral para cada paciente. O artigo 9, por ser específico da prática clínica odontológica, não necessitou de discussão com a equipe multiprofissional.

Tabela 1 – Quantidade de trabalhos de acordo com as abordagens apresentadas.

	ARTIGOS	QUANTIDADE
Integração Multiprofissional	1, 2, 3, 7, 8 e 10	6
Interação entre Atenção Primária e Secundária	1, 4, 11 e 12	4
Protocolos Clínicos	1, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 11 e 12	9
Fluxogramas	1, 3, 4, 7, 11 e 12	6
POPs	1, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11 e 12	10

Ademais, torna-se relevante registrar que o I Painel contou com a participação de 22 cirurgiões-dentistas, seis técnicos de saúde bucal e oito auxiliares de saúde bucal, totalizando 36 participantes, dos quais 19 responderam ao questionário de avaliação disponibilizado via formulário Google. A partir desses dados, foi apurado que o nível de avaliação variou entre excelente (68%) e muito bom (32%) em relação à organização

do evento e à programação científica. Além disso, no item “sugestões”, os participantes puderam compartilhar suas considerações sobre o evento, destacando-se entre elas: inclusão de temas multidisciplinares, maior tempo para divulgação e elaboração dos trabalhos científicos, ampliação da participação para profissionais das demais áreas de saúde de Uberlândia e de outros municípios.

DISCUSSÃO

Apartir dos resultados supracitados, ficou evidenciado que a Rede de Atenção à Saúde Bucal, foco do relato de experiência profissional, demonstrou maturidade em relação ao cumprimento dos padrões implantados para a reorganização da RAS, visando à PAS e aos processos estabelecidos pelo *Qmentum*. Dessa forma, considera-se que, mesmo estando ambos ainda em desenvolvimento, as equipes de saúde bucal já apresentam uma aculturação dessas diretrizes, advindas da consolidação do programa de qualidade implantado pela Missão Sal da Terra.

Dentre as principais abordagens identificadas nos trabalhos do I Painel, ressaltam-se a integração multiprofissional nas UBSFs e a interação das equipes de saúde bucal da atenção primária e secundária, o que vai ao encontro da metodologia de implantação da PAS, que ressalta a importância das “ações educacionais voltadas a aprimorar conhecimentos, desenvolver habilidades e atitudes necessárias à organização e qualificação dos processos assistenciais”, por sua vez essenciais para adesão e interlocução dos profissionais que atuam na linha de frente da atenção primária à saúde (APS) e da atenção ambulatorial especializada (AAE)⁵.

Além do mais, as contribuições da PAS no desenvolvimento da APS não se limitam a metodologias operacionais aplicadas, pois, mediante a capacitação e motivação dos trabalhadores da saúde, promovem uma mudança significativa em sua postura frente aos desafios da atenção ao paciente no SUS, tornando seus atendimentos humanizados, efetivos e resolutivos; percebem-se, ainda, melhorias na qualificação e segurança dos serviços ofertados⁵.

Em relação ao processo incipiente de instauração da certificação internacional *Qmentum*, observa-se que, devido à acreditação, os profissionais já estão habituados a seguir padrões de qualidade e gerenciamento

de risco que possibilitam um atendimento seguro e integral do paciente, perfazendo as já mencionadas integração multiprofissional e interação entre os níveis de atenção, essenciais para a certificação em rede, que pressupõe atendimentos alinhados e efetivos⁷.

Dentro dessa realidade, a unificação dos protocolos clínicos, dos fluxogramas e dos POPs entre os pontos de atenção primária e secundária, respeitando as particularidades de cada uma, torna-se uma condição *sine qua non* para a efetivação desse processo. Portanto, o maior desafio está sendo vencido, passo a passo e de maneira exitosa, pelas equipes de saúde bucal da instituição, conforme os resultados aqui apresentados.

CONCLUSÃO

A partir da experiência do Setor Sanitário Sul de Uberlândia com o I Painel de Casos Clínicos e Experiências Exitosas – Saúde Bucal, foi possível constatar que a iniciativa não se limitou a uma ação de educação continuada em saúde, uma vez que seus resultados permitiram identificar a maturidade das equipes de saúde bucal frente aos processos de trabalho em implantação e desenvolvimento decorrentes da reorganização da RAS, alinhada à Planificação da Atenção à Saúde e à acreditação de rede *Qmentum*.

Destarte, a significativa participação e o envolvimento dos profissionais demonstraram a responsabilidade com a segurança dos pacientes e a melhoria contínua da atenção à saúde bucal, além do compromisso frente às mudanças e adequações necessárias na rede, que visam não só à busca de resultados positivos, mas essencialmente a alcançar a excelência do cuidado. Sendo assim, fica clara a importância de dar continuidade a essas iniciativas no campo da educação continuada, assim como de estendê-las às demais áreas da APS.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica Coordenação Nacional de Saúde Bucal (BR). Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal [Internet]. Brasília; 2004 [cited 2021 Apr 12]. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf
2. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica [BR]. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília; 2018 [cited 2021 Apr 12]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília, 2010 [cited 2021 Apr 15]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html
4. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Organização Pan-Americana da Saúde [Internet]. Brasília; 2011 [cited 2021 Apr 10]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf
5. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (BR). Planificação da atenção à saúde: um instrumento da gestão e organização da atenção primária e da atenção ambulatorial especializada nas redes de atenção à saúde [Internet]. Brasília; 2018 [cited 2021 Apr 10]. Available from: <https://www.conass.org.br/biblioteca/caderno-conass-documenta-n-31/>
6. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (BR). Estudos da Planificação da Atenção Primária no Brasil 2008 a 2019: uma revisão de escopo [Internet]. Brasília; 2020 [cited 2021 Apr 19]. Available from: <https://www.conass.org.br/biblioteca/cd-36-estudos-sobre-a-planificacao-da-atencao-a-saude-no-brasil-2008-a-2019-uma-revisao-de-escopo/>
7. IQG Health Service Accreditation. Acreditação Internacional de Redes de Atenção à Saúde [Internet]. [cited 2021 Apr 23]. Available from: <https://www.iqg.com.br/distincao/acreditacao-internacional-de-redes-de-atencao-a-saude/>
8. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde [Internet]. Brasília; 2007 [cited 2021 Apr 22]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html
9. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília; 2017 [cited 2021 Apr 22]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

Modelo de excelência operacional em uma Organização Social de Saúde

Fernanda Silva Fuscaldi^a, Mario Santoro Junior^b, Priscila Caroline Melo Gardonio^c

Resumo

No contexto da prestação dos serviços de saúde, fatores externos (envelhecimento da população, transição epidemiológica, avanços científicos e tecnológicos) e internos da organização (cultura, recursos, sistemas de incentivos, estrutura organizacional, estilo de liderança e de gestão) são de extrema relevância. Para um gerenciamento eficiente do sistema de saúde, o conhecimento dos recursos disponíveis (financeiros, humanos, tecnológicos, de infraestrutura, dentre outros), das características do serviço e dos critérios de aceitação (requisitos) é indispensável. As organizações frequentemente buscam o aprimoramento da gestão dos serviços e recursos por meio da adoção de estratégias que possibilitem excelência operacional e resultados eficientes, com a qualidade e

^a Graduação em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP); especialização em Enfermagem Clínica e Cirúrgica, e Gestão da Qualidade em Saúde pelo Instituto de Ensino e Pesquisa - Hospital Albert Einstein; gerente de Qualidade no Centro de Estudos e Pesquisas "Dr. João Amorim" (Cejam), São Paulo/SP.

^b Graduação em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP); MBA em Administração Hospitalar pela Fundação Getúlio Vargas (FGV-SP); doutorado pela Universidade de São Paulo (USP); supervisor técnico médico no Centro de Estudos e Pesquisas "Dr. João Amorim" (Cejam), São Paulo/SP.

^c Graduação em Engenharia de Produção pela Universidade Federal Fluminense (UFF).

segurança requeridas. Essas estratégias podem estar pautadas por um modelo de gestão por processos, que impulsiona ciclos de melhoria contínua. O presente artigo apresenta um modelo de excelência operacional estruturado em fases interligadas e constituído por ferramentas de qualidade, implementado como piloto em uma organização social de saúde responsável pela gestão de unidades do Sistema Único de Saúde no município de São Paulo.

Palavras-chave: Modelo de excelência operacional; Gestão da qualidade em saúde; Planejamento tático; Gerenciamento de serviços de saúde; Melhoria contínua.

INTRODUÇÃO

O Relatório de Gestão do Ministério da Saúde de 2019¹ indicou que mais de 70% da população brasileira utilizava os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), modelo no qual a saúde pública está estruturada no Brasil. O relatório também denotou que existiam, naquele ano, 41.940 Unidades Básicas de Saúde (UBSs). Além disso, foram previstos R\$ 137,8 bilhões para a saúde no orçamento da União, dos quais R\$ 125,1 bilhões foram destinados a Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS). Considerando-se os gastos em saúde das três esferas de governo (União, estados e municípios), o percentual destinado a ASPS aproximou-se de 42%.

A alocação desses recursos em modelos de sistemas fragmentados de atenção à saúde – hegemônicos na atualidade e compostos por diferentes serviços de saúde, desconectados do ponto de vista físico e, geralmente, sem mecanismos de referência e contrarreferência – os impede de prestar uma atenção contínua à população. Nesses sistemas, a atenção primária à saúde (APS), com potencialidades para desempenhar a coordenação do cuidado entre todos os níveis, considerando os sistemas de apoio e logísticos, também apresenta falhas de comunicação e consequente redução de eficiência na gestão do cuidado.

Diferentemente, os sistemas integrados de atenção à saúde organizam-se em torno de um conjunto coordenado de pontos de atenção à saúde, para prestar uma assistência contínua e integral a uma população

adscrita. Cabe ressaltar, neste cenário, a relação dialética entre fatores contextuais (como envelhecimento da população, transição epidemiológica e avanços científicos e tecnológicos) e fatores internos (como cultura organizacional, recursos, sistemas de incentivos, estrutura organizacional e estilo de liderança e de gestão)².

Acresce-se à fragmentação da rede o pragmatismo de modelo assistencial orientado às condições agudas, em detrimento do cuidado longitudinal, do enfoque nos ciclos de vida e dos programas de prevenção e promoção em saúde. Esta reflexão complementar permite correlacionar a necessidade de adoção de modelos eficazes de gestão em saúde, quase sempre alocados em ambientes complexos e não orientados à eficácia ou à entrega de valor aos clientes/pacientes.

As instituições que buscam o desenvolvimento de estratégias para gestão em redes de atenção e para implementação da atenção primária como ordenadora do cuidado devem adaptar-se aos fatores contextuais, ao modelo fragmentado e aos recursos finitos com demandas crescentes. Propõe-se que essas ações estejam sob um modelo de gestão por processos, com avaliações de *performance* e apresentação de ciclos de melhoria contínua, e fortemente centrado no paciente.

Apesar de os dados do relatório¹ inicialmente citado não considerarem o recente contexto de pandemia, o resultado do perfil da saúde pública no Brasil já em 2019 retratava a complexidade no gerenciamento dos serviços de saúde e dos recursos destinados a eles.

Nesse sentido, faz-se necessária a adoção de modelos de gestão que promovam a excelência operacional para o gerenciamento dos serviços de saúde.

OBJETIVOS

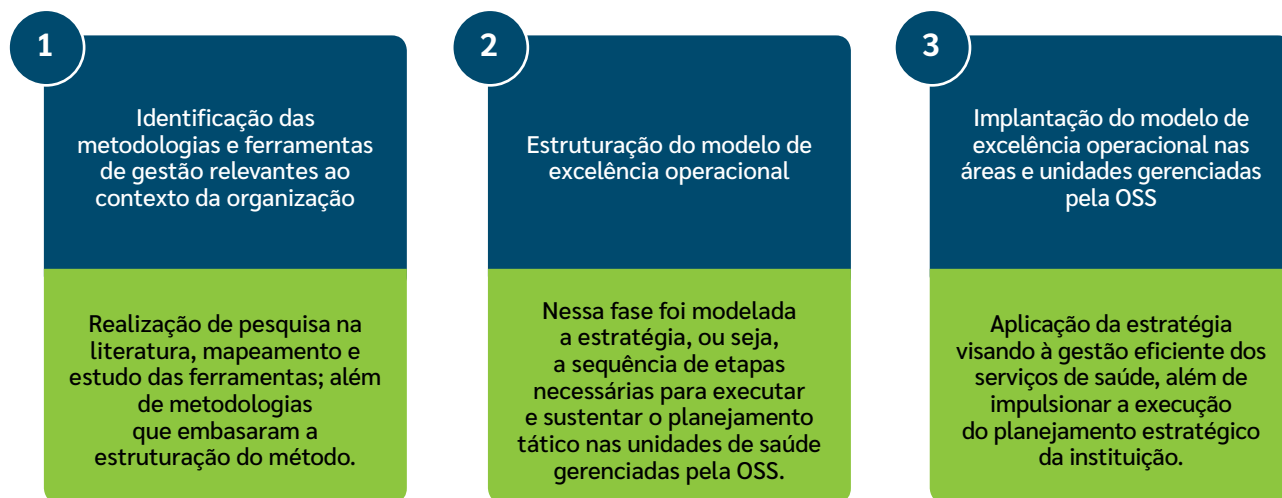
Apresentar estudo teórico do modelo de excelência operacional implantado em uma Organização Social de Saúde (OSS) no município de São Paulo (SP), visando à promoção da cultura de qualidade e segurança do paciente, à melhoria contínua de processos e à construção do planejamento tático, bem como ao gerenciamento eficiente dos serviços de saúde e das redes assistenciais ligadas à organização.

MÉTODO

No sentido de apoiar a OSS no desdobramento e na sustentação do planejamento estratégico institucional, bem como na formatação de um modelo-padrão para a configuração de novos projetos, foi realizado um estudo exploratório e descritivo, propositivo sobre o modelo de excelência operacional.

O estudo foi implementado em três fases distintas e interligadas, formando um elo em que a progressão de fase tem a prerrogativa de atendimento aos critérios e de aplicação das ferramentas de gestão. O processo metodológico é ilustrado na Figura 1.

Figura 1 – Processo metodológico para proposição de modelo de excelência operacional.



Metodologias e ferramentas de gestão

Em 1954, Peter F. Drucker apresentou a administração por objetivos (APO)³, que tem como foco produzir resultados com base na definição de objetivos, conforme os níveis de gestão na empresa. Para tal, a organização deve estabelecer objetivos de maneira escalonada, por ordem de importância ou de prioridade.

Existem três níveis de objetivos: estratégicos, táticos e operacionais.

Os **objetivos estratégicos** correspondem aos objetivos organizacionais, ou seja, de maior amplitude, que consideram a totalidade da organização. O nível estratégico propõe características de globalidade e longo prazo. Já os **objetivos táticos** são definidos como objetivos departamentais (das seções) e possuem características de ligação com cada departamento e

duração de médio prazo. Por fim, os **objetivos operacionais** refletem a atividade ou tarefa, e suas características básicas são o alto nível de detalhamento e o curto prazo³.

As metodologias e ferramentas de gestão amparam o desenvolvimento da APO na organização, além de possibilitar mecanismos de controle e acompanhamento de sua execução.

Ciclo PDCA

Um método gerencial comumente utilizado para atingir metas e manter os resultados num nível desejado é o chamado ciclo PDCA, que, segundo Campos, é fundamentado em quatro fases praticadas de forma cíclica⁴:

- **P - Plan (Planejar):** Fase na qual são estabelecidos os objetivos e as metas, bem como a estratégia a ser executada para atingi-los, devendo ser considerados tanto os requisitos do cliente como os parâmetros e características dos produtos ou serviços.
- **D - Do (Fazer):** É a implantação do que foi planejado, incluindo a coleta de dados essenciais para a fase seguinte, de verificação.
- **C - Check (Verificar):** Nesta fase, ocorre a comparação dos resultados obtidos com a meta planejada, verificando se a proposta foi alcançada.
- **A - Act (Agir):** Consiste em atuar no processo com base nos resultados obtidos, podendo adotá-lo como processo-padrão (caso o plano proposto tenha sido efetivo) ou agir nas causas que impediram o alcance das metas planejadas.

Análise de cenário

A análise de cenário é uma ferramenta substancial para o desenvolvimento do planejamento. Chiavenato³ sustenta a análise organizacional nas condições internas e externas. Essa avaliação permite identificar os pontos fortes e fracos que a organização possui; os fortes são considerados propulsores do alcance dos

objetivos, enquanto os fracos representam as limitações que dificultam ou impossibilitam esse alcance.

Sendo assim, no processo de análise do ambiente interno, consideram-se as forças e fraquezas, os recursos disponíveis, as capacidades e as habilidades. Já a análise do ambiente externo baseia-se nas condições externas, incluindo oportunidades e ameaças, desafios e restrições. O resultado dessas análises é que fundamenta a formulação de alternativas, ou seja, o planejamento³.

Cadeia de valor

A cadeia de valor desmembra a empresa em atividades com representatividade estratégica, possibilitando a compreensão de custos da identificação das potenciais atividades de diferenciação. As organizações conquistam vantagens competitivas quando executam essas atividades de modo superior, ou seja, melhor que a concorrência e de forma menos dispendiosa em relação a custos. A composição da cadeia de valor considera os processos primários (que estão mais diretamente relacionados ao desenvolvimento do produto ou serviço) e os de apoio (que sustentam a cadeia como um todo, por meio do fornecimento de insumos, dos recursos humanos, da tecnologia, entre outros)⁵.

Estrutura organizacional

Chiavenato³ descreve que os autores clássicos consideram os aspectos formais da organização, que pressupõe divisão do trabalho, especialização, hierarquia, autoridade, responsabilidade, coordenação e outros. Em função dos interesses de cada organização, a estrutura organizacional é formatada, bem como as camadas hierárquicas, que diferenciam grau de autoridade delegada. A diagramação da estrutura organizacional é fundamental, pois se trata do meio pelo qual as empresas se configuram para atingir eficientemente seus objetivos.

Nessa diagramação, também devem ser considerados comissões/comitês, cujas funções

desempenhadas podem ser: administrativas, técnicas, de estudo de problemas ou de fornecimento de recomendações/aconselhamento³.

Modelagem de processos e mentalidade de riscos

Em 2011, Osterwalder propôs uma metodologia conhecida como *Business Model Generation Canvas* (BMGC). Essa metodologia configura-se como um mapa, no qual são representados os processos de relacionamento e operação da empresa, visando ao apoio na criação de um novo modelo de negócio e avaliando-se de questões estruturais como infraestrutura, oferta, clientes e finanças⁶.

Existe também a representação gráfica em fluxograma, que permite a visualização em etapas sequenciais de execução, sobretudo para modelagem de processos de negócios. No fluxograma, são apresentadas a sequência lógica de ações e as estruturas de decisão, que proporcionam uma visão integrada do processo administrativo, técnico ou gerencial. Os fluxos são formatados por símbolos padronizados, que facilitam a representação dos processos⁷.

Além disso, a norma brasileira (NBR) ISO 9001⁸ expõe que, para a gestão eficaz de um sistema de qualidade, a mentalidade de riscos é fator essencial. Os riscos são apresentados por Lima⁹ como incertezas do cenário ou variabilidades que ocasionam resultados inesperados. Dentre as classificações de risco mencionadas pelo autor, estão os riscos operacionais causados por falhas nos processos e/ou controles, erros humanos, tecnológicos ou questões ambientais, como terremotos e outras causas naturais.

Nesse sentido, a NBR ISO 9001 descreve que o estímulo à mentalidade de riscos nas organizações possibilita: (i) agir preventivamente para mitigar eventuais não conformidades; (ii) aumentar a eficácia dos processos; (iii) alcançar resultados melhorados; e (iv) prevenir efeitos negativos⁸.

Com a definição dos processos e a identificação dos riscos operacionais, as organizações definem os procedimentos operacionais padrão. No planejamento dos objetivos e metas, esses procedimentos tornam-se um meio para cumprir o plano. Se o planejamento propõe novos resultados, a maneira de trabalhar deve ser alterada, ou seja, os procedimentos operacionais padrão devem ser modificados⁴.

Sendo assim, no contexto do presente estudo, todas as ferramentas e metodologias apresentadas contribuem ativamente para o planejamento das ações em saúde. Desde 2013, em avaliação diagnóstica para processos de acreditação em unidades sob gerenciamento da OSS que é o objeto deste estudo, a organização estabeleceu comissões, regulamentos e políticas de modo a incorporar os conceitos da qualidade e segurança do paciente a sua cultura e a suas práticas.

As ferramentas de gestão devem apoiar o *core* institucional – assistência em saúde e cuidado centrado no paciente –, desdobrado no modelo assistencial de forma inédita por meio da ferramenta *Canvas*. Esta foi adaptada com a inclusão dos itens relativos à avaliação de riscos e perigos, bem como das respostas em ações classificadas como barreiras, descritas em protocolos e ações de prevenção.

A oportunidade de discutir e mapear os riscos na modelagem dos processos agregou valor, considerando o cenário para a definição de indicadores do processo, incluindo os de monitoramento de barreiras e ações de prevenção ante a desfechos não desejados. Desta forma, a união entre as atividades da comissão de gerenciamento de riscos e as dos gestores de processos foi potencializada em comparação com as construções anteriores a este modelo, que eram desconectadas e tinham interações esporádicas. Os riscos, por diretriz, serão considerados na modelagem de processos desde o impacto que têm no negócio/processo até como podem afetar a entrega de valor ao cliente final.

RESULTADOS

Estruturação do modelo de excelência operacional

A proposição do modelo de excelência operacional na OSS estudada leva em consideração o contexto de serviços e atuação (requisitos), a cultura organizacional e de segurança do paciente e o planejamento estratégico institucional. Segundo Campos, o percurso rumo à excelência operacional é iniciado no gerenciamento da área⁴.

Nesse sentido, o modelo é a estratégia para desenvolver e sustentar o planejamento tático em uma área que, no cenário da OSS estudada, corresponde aos departamentos da sede administrativa e às unidades de saúde, que estão inseridos na cadeia de valor da organização. Essa estratégia visa a possibilitar o gerenciamento da área, bem como garantir o alcance dos resultados. Assim, o modelo definido (Figura 2) tem suas bases no ciclo PDCA, que se subdivide nas respectivas ações:

• **Plan (Planejar):** Nesta fase, sugere-se o (1) **diagnóstico situacional** da respectiva área, obtido por meio da análise de cenário, identificação do perfil epidemiológico dos pacientes que frequentam a unidade de saúde, análise da série histórica dos indicadores e identificação dos pontos de gargalo nos processos do cenário atual.

Com o desenho da situação atual, foi efetuada a fase de desenvolvimento do (2) **planejamento tático**, que considera, além dos requisitos internos e/ou externos, os delineamentos formatados no planejamento estratégico institucional, a política organizacional de qualidade e segurança do paciente, e a proposta de valor da respectiva área. Os gerentes e coordenadores locais elaboraram o plano de ação da unidade ou departamento para solucionar possíveis problemas encontrados no diagnóstico, viabilizar as oportunidades de melhoria e atender aos objetivos organizacionais. A perspectiva de conclusão é de médio prazo; na OSS em tela, ficou definida a execução no ciclo de um ano. Ressalta-se que,

para cada ação proposta, deverá ser formalizada sua interação com o objetivo estratégico institucional.

• **Do (Fazer):** A partir da definição das estratégias de ação da área com o plano tático do período, é feita a (3) **definição de autoridades e responsabilidades**. O resultado desta fase é a diagramação da estrutura organizacional da área (organograma), que apresenta o time de lideranças e denota, também, o fracionamento da área ou departamento da OSS em setores (subsistemas). Além disso, para elaboração do organograma devem ser consideradas as comissões internas, obrigatórias por norma ou não. Por vezes, o próprio cliente estabelece, por meio de contrato, a necessidade da existência de algumas comissões, podendo fixar entregas específicas. Dessa forma, as comissões são criadas conforme as características e necessidades do serviço e/ou o número de colaboradores alocados na unidade.

Subsequentemente à configuração da estrutura organizacional, é realizado o (4) **mapeamento de processos e riscos**. Na OSS estudada, foi implantado o *Canvas* de análise de processo adaptado, que norteia o macroprocesso das áreas e promove a mentalidade de riscos. O *Canvas* apresenta o mapeamento de riscos associados aos processos e é a partir dele que todos os procedimentos operacionais são modelados, objetivando o atendimento aos requisitos, bem como as entregas e a proposta de valor de cada área.

Portanto, com as fases 3 e 4 finalizadas, é possível realizar a (5) **definição dos indicadores e meio de coleta**. Para tal, são considerados os critérios mensuráveis de aceitação estabelecidos pelos clientes (internos e externos à organização), a fórmula de cálculo, a periodicidade de medição e a unidade de medida, dentre outros critérios contemplados no padrão de ficha de indicadores da organização. O aparato tecnológico da OSS estudada fornece mecanismos automatizados para o desenvolvimento de painéis de indicadores dinâmicos, *on-line* e de acompanhamento em tempo real, possibilitando que a análise e a tomada de decisão sejam efetuadas mais rapidamente.

• **Check (Verificar):** Uma vez que as equipes que compõem as áreas ou departamentos da OSS conhecem os objetivos e metas a serem atingidos (plano tático), tendo clareza das responsabilidades e autoridades, dos critérios de aceitação das entregas e da existência de processos formatados, elas recebem o treinamento para executar os procedimentos de sua respectiva área e cumprir atividades e tarefas de curto prazo (planejamento operacional dos setores da OSS).

Em periodicidades curtas, ocorre a (6) **análise dos resultados** inerentes à execução das tarefas, dos processos e dos procedimentos modelados. Nesta fase, o gestor, com o apoio da área da qualidade, avalia se:

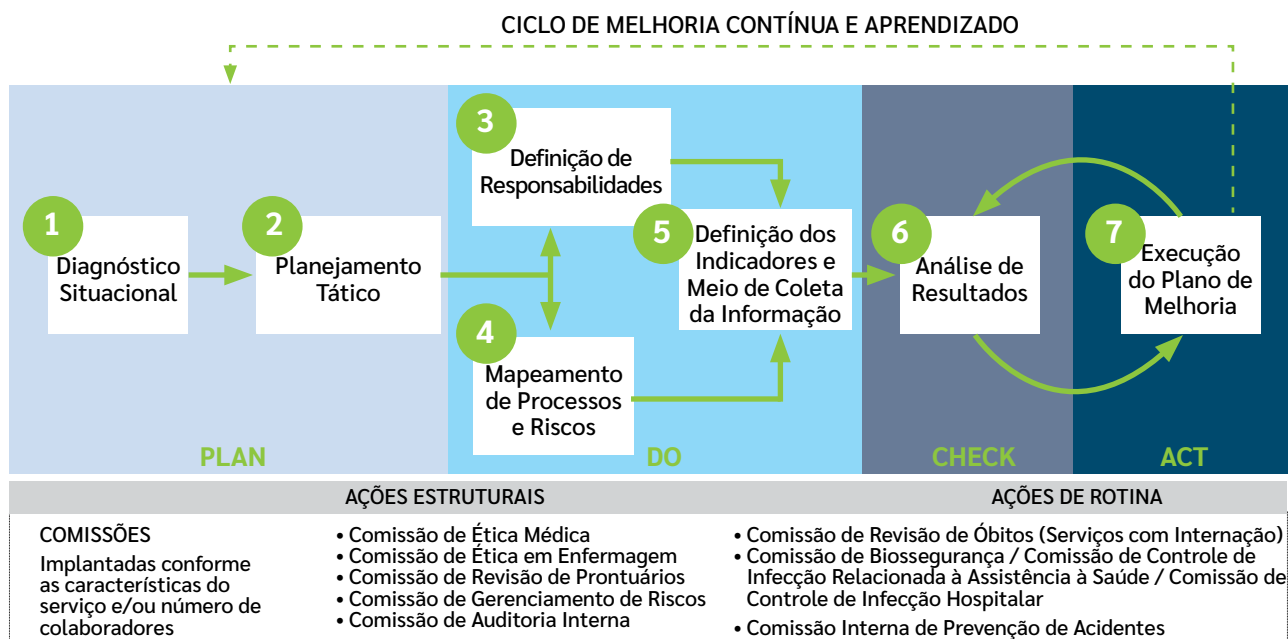
- os objetivos do planejamento operacional foram atingidos;
- as entregas foram efetivadas;
- os acordos foram cumpridos;
- foram encontradas não conformidades ou eventos adversos, como a efetivação ou não efetivação do processo no formato modelado.

• **Act (Agir):** Com base no resultado das análises da fase anterior, o gestor propõe a (7) **execução de um plano de melhoria** localmente, que pode ser subsidiado por definições de comissões, dependendo do contexto. As ações desse plano são de curto prazo, com ajustes de rotina que não interferem na estrutura do plano tático e se concretizam com treinamento e implantação imediata, retroalimentando o ciclo para nova análise de resultados.

Caso o plano de melhoria considere ações que gerem alterações estruturais, o planejamento tático da área é revisado, fazendo “girar” o ciclo de melhoria e aprendizado de impacto sistêmico na organização.

No modelo de excelência operacional parametrizado para a OSS estudada, as fases *Plan* e *Do* apresentam as ações estruturais das táticas para execução das tarefas. Já as etapas *Check* e *Act* consideram aspectos da rotina, ou seja, ações da operação dos processos/atividades. A Figura 2 demonstra o resultado do modelo de excelência operacional da organização.

Figura 2 – Diagrama do modelo de excelência operacional da OSS



Fonte: elaboração própria

Em 2021, após a formatação do modelo de excelência da OSS, foi aplicado um piloto no departamento de Gestão de Pessoas, junto à coordenação da área, no qual foram modelados os cinco subsistemas que o compõem. Pode-se afirmar que as fases de análise de cenário, de planejamento e de modelagem do processo ocorreram sem dificuldades (fases 1 a 3). Na fase de modelagem, a análise de riscos demandou a criação de instrutivo, contemplando proposta de avaliação de criticidade dos riscos e perigos classificados, e novos encontros para esclarecimentos, nas macroesferas do processo e dos subsistemas.

É interessante observar que a fase 5, constituída pela definição de indicadores e metas, é considerada como “já existente” no contexto de gestão de pessoas da OSS estudada. Afinal, todas as áreas possuem uma forma de medição de resultados. O grande aprendizado advém da representação que os indicadores devem ter ante a modelagem de processos, o plano tático e os conteúdos das fases anteriores estabelecidos. Para as fases 6 e 7, há constante discussão, em plano de desenvolvimento de líderes, sobre como analisar e aprimorar os resultados, desafio compartilhado com o mundo corporativo.

Também foi realizado um piloto em unidade de saúde da linha de atenção ambulatorial. Esse piloto validou o grande potencial do modelo, com ênfase na fase 4, relativa à união do mapeamento de processo com a avaliação dos riscos e perigos e a proposta de suas respectivas barreiras, a serem implantadas em protocolos e ações de prevenção.

E, por fim, a apresentação de ciclos de melhoria padronizados constitui a grande proposta deste modelo de excelência operacional. A instituição possui métodos e ondas de melhoria já implementados, que serão fortalecidos com a adoção da proposta deste trabalho.

DISCUSSÃO

Em consulta à literatura, não foram encontradas propostas de modelos de gestão configuradas em etapas

e elos que abranjam a complexidade de uma instituição de saúde com atuação em unidades/serviços e redes assistenciais.

Destacou-se a utilização do modelo PDCA adaptado para que, em cada etapa do ciclo, houvesse a inclusão de ferramentas e metodologias em resposta ao objetivo proposto para cada área, com entregas à alta administração. Tais ferramentas e metodologias foram formalizadas no plano tático gerado na primeira etapa (P) e em painéis de indicadores na segunda (D). As demais fases, de análise crítica (C) e plano de ação (A), terminarão de formar a cadeia, completando um ciclo que poderá ser reiniciado a qualquer momento.

Na implantação do modelo, propõe-se a adoção de “gatilhos” para reinício de fases, com pontos de controle já definidos nas fases de análise de cenário, plano tático, análise de riscos e análise crítica de indicadores. A cada conclusão de fase, há sempre a indagação sobre o avanço para a fase seguinte.

Ao ser aplicado como piloto no departamento de Gestão de Pessoas e na unidade de atenção ambulatorial da OSS, o modelo demonstrou grande potencial para união das diversas ferramentas de qualidade e dos diferentes modelos de gestão comumente citados na literatura e adotados em instituições. Este modelo também se diferencia pela definição clara de ciclo e pela adoção de fases constituídas por ferramentas próprias de gestão, adaptadas à realidade de uma instituição de saúde que atua na gestão e na operacionalização das ações.

CONCLUSÃO

Constitui-se desafio propor um novo modelo de excelência operacional, em um período de novo planejamento estratégico da OSS. Definir as ações e os objetivos estratégicos, disseminar e, de fato, avaliar o impacto dessas ações na identidade organizacional, no posicionamento de mercado e nas metas seria

tarefa suficiente para demonstrar todos os esforços da alta administração para, no atual cenário de pandemia, buscar crescimento e ciclos institucionais de melhoria contínua, voltados às ações em saúde e gestão.

A resposta obtida na aplicação do modelo de excelência operacional em piloto corroborou a hipótese de que existem lacunas entre as diretrizes de um planejamento estratégico, seu desdobramento em planos táticos e a operação em si. Essas lacunas podem culminar em falta de planos táticos, de

indicadores e de ações de melhoria contínua, além da variação nas ferramentas de qualidade que poderão ser adotadas. Assim, com a proposta apresentada neste estudo, o conjunto de ferramentas agrupadas no formato de PDCA pode nortear e tornar factível a obtenção de ciclos de melhoria contínua, alinhados à estratégia institucional.

As fases são moduladas e poderão ser revistas e atualizadas, com a adoção de novas ferramentas que possam agregar valor ao modelo de excelência operacional.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Relatório de Gestão 2019 [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020 [cited 2021 Apr 26]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_ministerio_saude_2019.pdf
2. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2. ed. Brasília (DF): Organização Pan-americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2011 [cited 2021 Apr 26]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf
3. Chiavenato I. Introdução à Teoria Geral da Administração. 6. ed. Rio de Janeiro (RJ): Campus; 2001. 239 p.
4. Campos VF. Gerenciamento da rotina do trabalho do dia a dia. 9. ed. Nova Lima (MG): Falconi; 2013. 154 p.
5. Potter ME. Vantagem Competitiva: criando e sustentando um desempenho superior. Rio de Janeiro (RJ): Elsevier; 1989. 536 p.
6. Santos LH, Stadtlober CS. Análise da ferramenta Canvas como metodologia para criação de modelo de negócio sob a perspectiva de inovação em uma organização de saúde [monograph] [Internet]. Universidade do Vale do Rio dos Sinos; 2013 [cited 2021 May 14]. Available from: <http://www.repositorio.jesuita.org.br/handle/UNISINOS/5733>
7. Junior IM, Rocha AV, Mota EB, Quintella OM. Gestão da Qualidade e Processos. Rio de Janeiro (RJ): FGV; 2012. 204 p.
8. Associação Brasileira de Normas Técnicas (BR). NBR ISO 9001: Sistemas de gestão da qualidade - Requisitos. Rio de Janeiro: ABNT; 2015. 32 p.
9. Lima FG. Análise de Riscos. 2. ed. São Paulo: Atlas; 2018. 330 p.



Sobre a revista

A **Revista Science** é um periódico de fluxo contínuo, revisado por um corpo de editores, com o objetivo de publicar artigos inéditos que apresentem avanços na gestão e na busca pela excelência em saúde.

Propósito

A **Science** busca a promoção da comunicação entre instituições de saúde, ensino e pesquisa, com foco na divulgação de boas práticas na gestão em saúde, qualidade e segurança do paciente, para gestores em saúde, profissionais e acadêmicos.

Com isso, busca o estudo e a promoção de estratégias em saúde que informem e debatam a importância de práticas excelentes de gestão, inovação e sustentação ao negócio em saúde, bem como gerem valor ao paciente e ao profissional de saúde no contexto atual.

A revista é *on-line*, com acesso aberto e gratuito.

Equipe editorial

Editora-chefe: Mara Márcia Machado

Editor-executivo: Bruno Cavalcanti Farras

Editora científica: Geovana Ferecini Tomasella



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; Times Fonte Nova Romana, 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