



SCIENCE

Vol. 2, No. 1 (jan./mar. 2021)

**TRANSFORMANDO
CONCEITOS
EM ESTRATÉGIAS
VITORIOSAS**



SCIENCE

Vol. 2, No. 1 (jan./mar. 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

“As pessoas acharam que a ideia desta revista era insana. Poucas acreditaram ou mesmo entenderam a missão desde o início, o que é realmente um bom sinal, mostrando o caráter inovador, único e de valor para o mercado da saúde.”

A volatilidade do mercado associada à transformação digital e à inovação está mudando a forma como as empresas competem em todos os setores, o que aumenta exponencialmente a necessidade de líderes de negócios que sejam engajados e verdadeiramente agentes de mudanças globais.

Para um líder, levar uma organização ao próximo nível requer ir além de seu campo de especialização. É preciso obter uma visão de ponta a ponta da empresa, um entendimento profundo das operações de negócios e uma abordagem multidisciplinar. Para acelerar esta transição, é preciso combinar o aprendizado em tempo integral com a aplicação prática no trabalho do dia a dia.

Esta revista foi projetada para ampliar as perspectivas de negócios, a experiência em gerenciamento e as habilidades de liderança. A proposta é identificar, enquadrar e resolver problemas complexos de negócios, através da construção da cooperação entre disciplinas, impulsionando a inovação e a mudança da cultura organizacional.

Com foco na estratégia, liderança e organização, a *Revista Science* traz relatos de organizações e ferramentas para capitalizar a ruptura tecnológica e a transformação digital, desempenhando um papel mais estratégico no sucesso corporativo.

Mara Márcia Machado
Editora-chefe

Sumário



- | | |
|--|---|
| <p>05 Editorial 1
Essencialidade do enfermeiro e equipe na atenção em saúde</p> <p>07 Artigo Original 1
Integração entre atenção primária à saúde e atenção ambulatorial especializada: beneficiando pessoas com diabetes mellitus</p> <p>17 Artigo Original 2
Integração entre atenção primária e especializada: relato de experiência de boas práticas clínicas</p> <p>24 Artigo Original 3
Macro Board: integração multiprofissional na rotina de um laboratório de anatomia patológica</p> | <p>34 Artigo Original 4
Educação corporativa em tempos pandêmicos: remodelando o processo de ensino e aprendizagem com alternativas de baixo custo e alto desempenho</p> <p>44 Artigo Original 5
Desafios da gestão de recursos humanos na construção da cultura organizacional em um hospital público em modelo de parceria público-privada</p> <p>55 Artigo Original 6
Impactos do ambiente de trabalho nos profissionais de enfermagem e perspectivas atuais</p> <p>68 Institucional</p> <p>69 Normas de submissão</p> |
|--|---|

Essencialidade do enfermeiro e equipe na atenção em saúde

Monika Wernet^a

^a Professora associada do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). E-mail: monika.wernet@gmail.com

No contexto da saúde, o trabalho interprofissional é premente, dada a complexidade envolvida no acolhimento de necessidades apresentadas pelos demandantes da atenção em saúde. A interação colaborativa entre as diferentes profissões, o demandante do cuidado e sua família está cercada de tomadas de decisão na direção de atenção integral, que, por sua vez, remete a uma totalidade que implica inter-relacionar aspectos assistenciais e gerenciais.

O enfermeiro e a equipe de enfermagem estão reconhecidos na essencialidade do sistema de saúde, desempenham um papel que contribui para o cuidado integral¹ o sucesso e a efetivação da assistência prestada.

Tomadas de decisão implicam o processo de realizar julgamentos e efetivar escolhas diante de opções possíveis para se definir um modo de agir, o qual requer considerar questões relativas à instituição, à equipe e aos demandantes do cuidado. Isto é, requer uma competência criativa que articule presença sensível, escuta e esforços de compreensão, com conhecimento técnico, científico, tecnológico e situacional. A responsabilidade pelos modos de agir e cuidar na instituição requer dos profissionais habilidades intelectuais, interpessoais e técnicas.

No âmbito da prática assistencial de enfermagem, o raciocínio clínico, o uso de processos para obtenção de informações, a interpretação delas e a tomada de decisão são habilidades primordiais para o enfermeiro estabelecer e avaliar planos de cuidado

de enfermagem e integrá-los ao plano terapêutico a ser estabelecido junto a outros profissionais. Este último deveria ocorrer na interação colaborativa entre profissionais e demandante(s) do cuidado. Diante disso, à instituição restaria o contínuo desafio de sustentar desenhos organizacionais e de processos de trabalho que favorecessem a cultura e efetivação da interprofissionalidade.

Especificamente aos enfermeiros e à equipe, está o convite de lutar por espaço e por implicação na produção do cuidado em saúde. E às instituições, fazer o efetivo reconhecimento da enfermagem, com acolhimento do enfermeiro e sua equipe para que sejam partícipes dos contínuos e permanentes esforços de garantir cuidados integrais, seguros e qualificados, com desfechos que se desdobrem em vida e saúde. Profissionais da prática e gestores institucionais têm o desafio de se integrarem para discutir e efetivar um ambiente de trabalho favorável que colabore com resultados positivos na atenção em saúde.

O cenário pandêmico da covid-19 vem contribuindo para o reconhecimento da essencialidade da enfermagem e da equipe na atenção em saúde, mas o entendimento e a acomodação social deste lugar de essencialidade são uma luta diária. Cabe a todos – instituições, enfermagem, demais profissionais de saúde e sociedade em geral – engajar-se nela.

REFERÊNCIAS

1. Reuter CLO, Santos VCF, Ramos AR. The exercise of interprofessionality and intersectoriality as an art of caring: innovations and challenges. Esc. Anna Nery

[Internet]. 2018 [cited 2021 Feb 26]; 22 (4): e20170441. Epub 2018 Oct 29. <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0441>.

Integração entre atenção primária à saúde e atenção ambulatorial especializada: beneficiando pessoas com diabetes mellitus*

Melyne Serralha Rocha^a, Rubia Pereira Barra^b

Resumo

Trata-se de relato de experiência da implantação do projeto de integração entre a atenção primária à saúde e a atenção ambulatorial especializada para usuários com diabetes mellitus no setor sanitário sul do município de Uberlândia (MG). Foi utilizada a Tecnologia Leve de Atenção Contínua e Autocuidado Apoiado: a partir da estratificação do risco dos pacientes (alto e muito alto) por equipe multiprofissional, foi possível que os profissionais da atenção primária, juntamente com especialistas, conhecessem a singularidade do paciente e melhorassem a qualidade do atendimento. Os resultados foram a constante qualificação da atenção primária; a comunicação interprofissional efetiva; a redução da hemoglobina glicada dos pacientes em um período de três meses (80%); e a redução de custos.

Palavras-chave: Diabetes mellitus; Atenção primária; Atenção especializada; Plano de cuidados.

* Missão Sal da Terra

^a Graduação em Enfermagem, especialização em Gestão em Saúde Pública, diretora da Atenção Primária, Missão Sal da Terra, Uberlândia/MG, Brasil.

^b Graduação em Odontologia, especialização em Saúde Coletiva, coordenadora do Centro Colaborador da Planificação da Atenção em Saúde, Uberlândia/MG, Brasil.

INTRODUÇÃO

A Portaria n. 4.279/2010, do Ministério da Saúde, que estabeleceu as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), afirma:

Embora sejam inegáveis e representativos os avanços alcançados pelo SUS nos últimos anos, torna-se cada vez mais evidente a dificuldade em superar a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado no contexto atual. O modelo de atenção à saúde vigente fundamentado nas ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado com ações e serviços de saúde dimensionados a partir da oferta, tem se mostrado insuficiente para dar conta dos desafios sanitários atuais e, insustentável para os enfrentamentos futuros^c.

A mesma portaria aponta a solução: “inovar o processo de organização do sistema de saúde, redirecionando suas ações e serviços no desenvolvimento das RAS”.

O desenvolvimento de uma RAS em determinado território sanitário implica, como passo inicial, a organização da atenção primária à saúde (APS), do centro de comunicação e coordenação do cuidado na rede e da atenção secundária, em seu componente ambulatorial especializado.

A proposta de organização da atenção ambulatorial especializada (AAE) em coordenação com a atenção primária à saúde (APS) adotada pela Missão Sal da

Terra no município de Uberlândia (MG) é norteadada pela Planificação da Atenção à Saúde (PAS), projeto original do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), que nada mais é do que um instrumento de gestão e organização da atenção primária e da atenção ambulatorial especializada na RAS¹.

A fundamentação teórica da PAS é de autoria de Eugênio Vilaça Mendes, publicada pelo Conass e pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a saber: *As redes de atenção à saúde* (2011), *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família* (2012) e *A construção social da APS* (2019).

Para dar conta da situação epidemiológica e da transição demográfica atuais, Mendes propõe ao SUS o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), baseado no modelo de Cuidados Crônicos e Determinantes Sociais da Saúde da Pirâmide de Risco da Kaiser Permanente^d, Cuidados Crônicos e Determinantes Sociais da Saúde. Este modelo é a base para a PAS, juntamente com a Construção Social da APS^{2,3,4,5}.

A utilização do MACC implica assumir que devem ser promovidas mudanças na forma como se presta assistência à saúde. Para a obtenção de sucesso no manejo das condições crônicas, é preciso estabelecer modificações radicais na estruturação atual dos encontros clínicos entre as equipes da APS e da AAE.

A proposta de integração dessas duas equipes, nomeada Qualifica SaUDI e fundamental para o sucesso no manejo das condições crônicas de saúde, é o centro deste trabalho, realizado no setor sanitário sul do município de Uberlândia. Baseia-se no referencial

^c Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 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). Diário Oficial da União; 2010 Dec 30.

^d Pirâmide de Risco da Kaiser Permanente: operadora de planos de saúde dos Estados Unidos cujo centro de pesquisas desenvolveu o modelo Cuidados Crônicos e Determinantes Sociais da Saúde.

teórico de Eugênio Vilaça Mendes e na metodologia PAS, como dito anteriormente. Vale ressaltar as parcerias com o Conass no que se refere à implantação da metodologia, bem como com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), para o desenvolvimento das ações propostas, tanto no apoio técnico da Coordenação da Atenção Primária à Saúde e na disponibilização de tutores, como na discussão da atenção em outros pontos da rede que não estão sob a administração da Missão Sal da Terra.

A primeira experiência do Qualifica SaUDI, aqui relatada, introduziu a nova proposta de atenção das condições clínicas e integrou as equipes da APS e da AAE, tendo sido iniciada com pacientes portadores de diabetes mellitus.

O diabetes mellitus é uma das doenças crônicas mais prevalentes no mundo, constitui grande desafio em saúde pública e é considerado fator de risco para outras patologias. Dessa forma, foi proposto o manejo do paciente com diabetes mellitus por meio de intervenção holística, inserindo-o no centro do cuidado e, ao mesmo tempo, confluindo estratégias de educação em saúde, técnicas motivacionais para o autocuidado e envolvimento de seu microambiente, sob o vínculo fortalecido das equipes. Tais ações têm se mostrado ferramentas determinantes para o propósito inicial.

A organização da atenção às pessoas com diabetes mellitus baseou-se no processo de estratificação de risco proposto pelo MACC, com os objetivos de padronizar as condutas referentes a cada grupo nas diretrizes clínicas e de assegurar e distribuir os recursos humanos específicos para cada um, evitando subofertar cuidados necessários a portadores de maior risco e/ou superofertar cuidados desnecessários a portadores de condições de menor risco. A experiência relatada

começou com a atenção aos diabéticos de risco alto e muito alto.

As evidências que sustentam esse movimento estão bem definidas no *Chronic Care Model* (CCM), proposto por Wagner⁴, e constituem novas relações entre especialistas e generalistas. Essas novas relações proporcionadas pelo uso da tecnologia da atenção contínua proporcionaram, além de enriquecimento técnico devido ao encontro de diferentes saberes, também a criação do vínculo pessoal, uma vez que houve interação entre os médicos especialistas e as equipes de atenção primária.

Ancorados em trabalho clínico conjunto, os profissionais compartilharam o cuidado do paciente e elaboraram o plano de cuidado individual. Este plano individual incluiu a participação do paciente na elaboração do plano de autocuidado, com apoio da equipe. Nesse ponto, entra a pactuação das metas, que implicam mudanças de comportamento fundamentais para o controle das doenças crônicas.

OBJETIVO

Apresentar a metodologia desenvolvida para a atenção à pessoas com diabetes por meio de tecnologia leve, que promove o compartilhamento do cuidado entre a equipe de APS e a equipe de AAE, nas unidades de saúde do setor sanitário sul do município de Uberlândia (MG).

MÉTODO

Desenvolvimento do projeto

Para o desenvolvimento do projeto, foram realizados os passos detalhados no Quadro 1.

Quadro 1: Ações para o desenvolvimento do Projeto Atenção Contínua e Autocuidado Apoiado (fevereiro de 2018 a maio de 2018).

AÇÃO	FEVEREIRO/2018	MARÇO/2018	ABRIL/2018	MAIO/2018
Sensibilização e alinhamento conceitual sobre o modelo de atenção às condições crônicas junto a médicos especialistas (cardiologistas, endocrinologistas e oftalmologistas).	x			
Capacitação das equipes de atenção primária e de atenção especializada para o uso da Tecnologia Leve da Atenção Contínua.		x		
Definição de um cronograma semanal para participação das equipes de atenção primária e atenção especializada no Ciclo de Atenção Contínua.		x		
Disponibilização de sete consultórios médicos para realização do ciclo de atendimento.			x	
Organização das agendas dos especialistas de forma que todos pudessem estar presentes no ambulatório de especialidades no dia programado.			x	
Elaboração do Roteiro da Atenção Contínua e Autocuidado Apoiado.			x	
Apresentação e capacitação quanto ao Roteiro de Atenção Contínua e Autocuidado Apoiado às equipes de atenção primária.			x	
Execução do projeto a partir de maio de 2018.				x

Execução do projeto

A tecnologia de Atenção Contínua (AC) caracteriza-se pela participação conjunta da equipe da atenção primária (médico de família, enfermeiro, cirurgião-dentista, agente comunitário de saúde - ACS, educador físico, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo, assistente social e farmacêutico) e profissionais da atenção especializada (endocrinologista, cardiologista, oftalmologista e geriatra), com a presença de cada um

desses profissionais de acordo com a condição crônica do paciente em atendimento.

Neste relato de caso, o Ciclo de Atenção Contínua ficou sediado no Ambulatório de Especialidades da Unidade de Atendimento Integrado (UAI) São Jorge, no município de Uberlândia, com funcionamento às terças e quartas-feiras, no período da manhã. Toda a equipe médica (APS e AAE) atendiam conjuntamente a grupos de sete pacientes crônicos de diabetes mellitus com estratificação de riscos semelhantes por vez.

Critérios de inclusão no Ciclo de Atenção Contínua

- Usuários com fatores de risco alto e muito alto e/ou condições crônicas estabelecidas que apresentem razão, necessidade, capacidade e interesse para mudar seus hábitos de vida;
- Pacientes com dificuldade de acesso à unidade de saúde;
- Pacientes com dificuldade de adesão ao plano de cuidado e controle da doença;
- Apresentação de hemoglobina glicada $HbA1c \geq 8$.

Critérios de exclusão no Ciclo de Atenção Contínua

- Mudança para outro setor sanitário;
- Incapacidade de deslocamento ao Ambulatório de Especialidades ou à Unidade de Atenção Primária à Saúde.

Ações prévias à participação no Ciclo de Atenção Contínua

- Enfermeira seleciona, juntamente com o médico, usuários diabéticos de risco alto e muito alto, respeitando o critério de inclusão;
- Médico solicita os exames de patologia clínica, conforme protocolo (dentro do mês da realização do ciclo);
- Médico solicita ECG (eletrocardiograma em repouso) e raio-x, caso o paciente não os tenha realizado nos últimos seis meses;

- Após a seleção, a enfermeira informa os dados a todos os profissionais envolvidos no ciclo de atendimento para que se apropriem das informações clínicas e sociais dos usuários;
- Os profissionais reservam em sua agenda data e horário para pactuação do Plano de Autocuidado Apoiado (máximo de sete dias após a data do ciclo), que será repassada ao usuário durante o atendimento;
- O assistente social realiza visita domiciliar para preenchimento do instrumento “Avaliação Socioeconômica”. Nessa visita, além do preenchimento do documento, deverá investigar alguns aspectos, como: o local de armazenamento da insulina (quando houver); se o paciente tem condições de se automedicar; se tem dificuldades visuais; entre outros. Tais informações são repassadas à equipe a fim de assegurar um melhor manejo ao paciente durante o ciclo.

O psicólogo conduz as etapas de sua avaliação: aplicação da entrevista motivacional e aconselhamento para avaliação do conhecimento do usuário em relação a sua condição de saúde – buscando entender suas crenças, seus valores, conhecimentos e comportamentos, incluindo a severidade da condição e sua capacidade para o autocuidado – e do estágio de motivação e prontidão atual para mudanças, além de prover o apoio necessário para a resolução de ambivalências. Com isso, haverá fortalecimento da autorresponsabilização e do compromisso, bem como a antecipação da prevenção de recaídas.

Quadro 2: Cronograma do Ciclo de Atenção Contínua

HORÁRIO	PROFISSIONAIS	ATIVIDADES
7:00	Enfermeiro	Recebe as pessoas usuárias, administra o colírio, realiza aferição da pressão arterial e glicemia capilar.
7:00	ACS (Ordenador de fluxo)	Coloca a identificação com o nome dos usuários e número dos prontuários na porta dos consultórios e organiza os resultados dos exames dos pacientes em cada consultório.
7:10	Médico da APS e AAE	Médico do Programa de Saúde da Família (PSF) apresenta os casos clínicos dos usuários para os médicos especialistas.
7:30	ACS (Ordenador de fluxo)	Apresenta a metodologia para o grupo de usuários, coloca os crachás de identificação e direciona os pacientes para os consultórios determinados.
7:30	Médicos (APS e especialistas), enfermeiros e equipe multidisciplinar	<p>Dirigem-se para os consultórios onde os usuários estão esperando, apresentam-se (nome e especialidade) e iniciam o atendimento. Médico da APS e especialistas atendem juntos, discutindo o manejo clínico.</p> <p>Caso o usuário necessite de nova receita, o médico de família fará a nova prescrição no momento do atendimento, imprimindo e entregando no final.</p>
Duração do Ciclo de Atendimento - Tempo do atendimento: 15min x 7 pacientes = 1h45min		
9:30	ACS (Ordenador de fluxo)	Encaminha os usuários à sala onde será servido um lanche. O segundo ACS escalado vai à sala de discussão para registrar em um cartão individual a data e horário da consulta com o gestor de caso para a pactuação do Plano de Autocuidado apoiado na APS. Entrega o cartão da consulta a cada um dos usuários e os libera.
9:30	Equipe multidisciplinar	Reúne todos os profissionais na sala previamente definida. Momento de escolha dos gestores de casos. Cada profissional deverá ser gestor de caso de apenas um usuário. O gestor de caso, já previamente identificado, neste momento registrará as informações discutidas para posterior elaboração do plano de cuidados. Todas as demandas, como atendimento odontológico e solicitação de exames deverão ser resolvidas aqui. O espaço está reservado para interação da equipe multiprofissional com foco na elaboração (em conjunto) de um plano de cuidados para o usuário. (Tempo: 10min x 7 pacientes = 1h10min). A assistente social do Ambulatório de Especialidades irá à sala de discussão no final do ciclo para verificar se existem solicitações de exames de alta complexidade e registrará em prontuário as informações sobre os exames solicitados, além de preencher uma de acompanhamento.
10:40	Equipe multidisciplinar	Finalização da discussão dos casos com os especialistas.
Elaboração do Plano de Cuidados		
10:40	Gestor de caso	<p>Elabora o Plano de Cuidados baseando-se nas informações discutidas e nas condutas adotadas conjuntamente pelos profissionais. Utiliza como referência para a elaboração do Plano de Cuidados as condutas registradas durante o atendimento individual e durante a discussão entre os membros da equipe multiprofissional.</p> <p>Competências do gestor de caso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acompanhar o usuário em sua integralidade, verificando se a meta pactuada está sendo cumprida; • Monitorar, juntamente com o ACS de referência, o diário semanal; • Realizar visitas domiciliares, quando necessário; • Verificar se os exames solicitados foram realizados; • Participar da Atenção Compartilhada em grupo, após três meses.

Plano de Cuidados

O Plano de Cuidados é o produto final da discussão geral realizada com a presença dos envolvidos na equipe da atenção primária e os profissionais especialistas.

O Plano de Cuidados envolve vários momentos: o diagnóstico físico, psicológico e social; a explicitação das intervenções de curto, médio e longo prazos e a definição dos responsáveis por elas na equipe multiprofissional; a elaboração conjunta de metas a serem cumpridas; a definição dos passos para alcançá-las; a identificação dos obstáculos para esse alcance; as ações para superá-los; o suporte e os recursos necessários para remoção dos obstáculos e atingimento das metas; o estabelecimento do nível de confiança necessário da pessoa usuária para o sucesso na obtenção das metas; e, ainda, o monitoramento conjunto dessas metas ao longo do tempo².

Autocuidado Apoiado

O Autocuidado Apoiado é uma tecnologia de intervenção educacional e de apoio adotada pela equipe de saúde com o intuito de aumentar a habilidade e a confiança dos pacientes para gerenciar suas condições de saúde. Esse empoderamento pessoal no autogerenciamento da saúde proporciona inúmeros benefícios, tais como:

- Gera conhecimentos e habilidades para que o cidadão identifique seus problemas; decida e escolha as possíveis soluções; adote, mude e mantenha comportamentos que contribuam com uma vida saudável;
- Instrumentaliza o cidadão para a utilização dos recursos necessários à mudança de comportamento e à

superação das barreiras que se antepõem à melhoria da sua saúde;

- Desenvolve a corresponsabilidade pela própria saúde, facilitando o estreitamento da colaboração entre paciente de condição crônica e equipe de saúde para que possam, conjuntamente: definir os problemas a serem enfrentados; estabelecer as metas a serem alcançadas; e instituir o Plano de Autocuidado².

A equipe interdisciplinar deve compreender os fundamentos sobre o autocuidado apoiado, a fim de desenvolver o Plano de Autocuidado para cada um dos pacientes com condição crônica.

O resultado desejado é a transformação do paciente em protagonista no gerenciamento de seu cuidado, e, assim, contribuir, ele próprio, para sua mudança de comportamento, ao incorporar novos hábitos saudáveis de vida.

A pactuação do Plano de Autocuidado Apoiado acontece na Unidade Básica da Saúde, devendo ser realizada entre os pacientes e os mesmos profissionais que participaram do Ciclo de Atenção Contínua e que foram definidos como Gestores de caso.

Os passos para a pactuação do Plano de Autocuidado são:

- Elaborar com o paciente um plano de ação com metas mensuráveis e de curto prazo, considerando o estágio de motivação. Pactuar duas metas;
- Dar assistência e acompanhar periodicamente o processo de mudança, contribuindo na aquisição de habilidades para o reconhecimento e na resolução dos problemas, readequações e redefinição de metas do plano de ação, automonitoramento e prevenção de recaídas.

Quadro 3: Cronograma de atendimento para Pactuação do Autocuidado Apoiado na Unidade Básica da Saúde da Família (maio de 2018 a março de 2020).

HORÁRIO	PROFISSIONAIS	ATIVIDADES
Agendamento prévio	Gestor de caso	Chegada das pessoas usuárias na Unidade de Saúde.
		Receber os usuários e iniciar a pactuação.
		Caso o usuário falte no momento da pactuação, é de responsabilidade do gestor de caso solicitar sua busca ativa e monitorar o novo comparecimento à consulta.
		Havendo sido marcados atendimento odontológico ou exames especializados, conferir se a pessoa usuária está se lembrando das datas do agendamento. Reforçar o uso correto da medicação e, no caso de alteração de prescrição médica, chamar a atenção para a nova forma de fazer uso da medicação.
		Fechar o ciclo de informação (fechamento de laço), perguntando ao paciente se entendeu o que foi informado. Isso é importante porque metade das pessoas não consegue compreender as informações passadas pela equipe de saúde.
		Caso o usuário necessite de nova receita, o médico de família fará a nova prescrição no momento do atendimento, imprimindo e entregando no final.

Atenção Compartilhada em Grupo (Grupo de Retorno)

A Atenção Compartilhada é focada em grupos de pessoas com condições de saúde semelhantes, contando com a participação de vários profissionais da equipe de saúde ao mesmo tempo. Neste modelo, a equipe de saúde facilita o processo interativo de atenção à saúde durante encontros periódicos de um grupo de portadores de condições crônicas.

O retorno das pessoas usuárias que passaram pela Atenção Contínua e pactuaram as metas do Autocuidado Apoiado ocorre a cada três meses, por meio do atendimento compartilhado em grupo.

Os profissionais que devem coordenar os grupos de retorno de Atenção Compartilhada em Grupo são os mesmos gestores de caso que participaram da Atenção Contínua e Autocuidado Apoiado: enfermeira, médico de família, dentista, nutricionista, educador físico, farmacêutico, psicólogo, assistente social e agente comunitário de saúde.

Quadro 4: Cronograma de Retorno do Grupo de Atenção Contínua e Autocuidado Apoiado (maio de 2018 a março de 2020).

HORÁRIO	PROFISSIONAIS	ATIVIDADES
Agendamento prévio	Enfermeiro	O enfermeiro agendará com as pessoas usuárias que participaram do ciclo de atenção contínua o retorno à Unidade em três meses. O exame para acompanhamento da hemoglobina glicada já deverá ter sido realizado, conforme solicitação anterior.
	Enfermeiro	Convidará todos os gestores de caso para o grupo.
	Equipe multiprofissional	O enfermeiro conduzirá a roda de conversa, onde apresentará os resultados positivos, incentivando os usuários que porventura não tenham obtido melhora. Dará oportunidade aos pacientes de relatarem suas dificuldades e facilidades para a conquista das metas propostas.
	Gestor de caso	Após a interação do grupo, cada gestor do caso se reunirá com seu paciente para uma avaliação individual, e repactuação de metas, se necessário. Caso o gestor não possa estar presente, será agendada uma consulta individual para que sejam realizados o acompanhamento e a repactuação.

RESULTADOS

Antes do período de implantação do Qualifica SaUDI em Uberlândia, entre fevereiro e abril de 2018, também foi promovido um encontro prévio com os quatro profissionais da AAE, bem como quatro encontros de capacitação de equipes da APS, envolvendo 440 profissionais de saúde, com o intuito de sensibilizá-los sobre a mudança da forma de atendimento e alinhamento conceitual sobre o modelo de atenção às condições crônicas.

A partir da implantação efetiva do Qualifica SaUDI, em maio de 2018, 1.062 pacientes crônicos de diabetes

mellitus passaram pelo Ciclo de Atenção Contínua e tiveram seu Plano de Autocuidado elaborado. Desse total, 784 pessoas tiveram seus resultados de hemoglobina glicada (HgAc1) avaliados uma vez após três meses, visto que, com o início da pandemia de covid-19, por se tratar de usuários do grupo de risco, foi necessário interromper a atenção contínua.

Do total de 784 pacientes avaliados, 68% reduziram a HgAc1; 80% reduziram HgAc1 maior ou igual a 1 ponto; 20% tiveram sua HgAc1 aumentada; e 12% mantiveram os resultados no mesmo nível anterior, como se pode ver na Tabela 1.

Tabela 1: Resultados de hemoglobina glicada três meses após passagem pela Atenção Contínua e AutoCuidado Apoiado (agosto de 2018 a março de 2020).

TOTAL DE PACIENTES COM RETORNO AC	REDUZIRAM HGA1C	REDUZIRAM > 1 PONTO	AUMENTARAM HGA1C	MANTIVERAM HGA1C
784	535	430	154	95
	68%	80%	20%	12%

DISCUSSÃO

Há evidências na literatura de que a redução de um ponto na hemoglobina glicada reduz em 37% o risco de complicação microvascular; em 21% o risco de morte por diabetes; e em 14% o risco de infarto agudo do miocárdio. Se for observado que 430 usuários com diabetes, durante o período avaliado, reduziram mais de um ponto na HgAc1, constata-se o benefício da metodologia para melhorar a saúde e a qualidade de vida dos pacientes usuários, com a diminuição de complicações e óbitos⁶.

Outra correlação que se pode fazer é referente ao custo médio do tratamento de pessoas com diabetes mellitus. Estudo apresentado por Gilmer⁷, avaliando um período de três anos, relata que, à medida que o valor da hemoglobina glicada se eleva, o custo médio despendido no tratamento do diabetes também

aumenta. Um paciente com hemoglobina glicada 6% despenderia em média US\$ 8.576; com hemoglobina glicada 8%, em média US\$ 9.555; e com hemoglobina glicada 10%, em média, US\$ 11.629.

Assim, quando se compara o custo para o tratamento de uma pessoa com hemoglobina glicada 6% com o de uma com 10%, existe nada menos do que um acréscimo de 36% nesse custo. Sendo assim, portanto, é inegável, que a nova metodologia, ao possibilitar a redução da HgAc1 para 68% dos pacientes avaliados, trouxe também significativa diminuição de custos para o sistema municipal de saúde.

Com relação às pessoas em que não houve redução ou mesmo chegou a ocorrer aumento da hemoglobina glicada, os gestores de casos e ACS, nos encontros de monitoramento, agora buscarão identificar as dificuldades para o descumprimento das metas e apoiar as

mudanças necessárias para sua repactuação, sempre procurando apoiar as mudanças de comportamentos e incentivar as ações de autocuidado.

Outro fator importante nos resultados foi a integração da equipe da atenção primária com os profissionais da AAE, proporcionando novas inter-relações entre profissionais especialistas e generalistas. O fator de conhecimento mútuo e intercomunicação é essencial para o fortalecimento e efetivação das RAS.

É correto afirmar que os pacientes usuários entenderam a importância do autocuidado apoiado, pois 68% deles reduziram a HgA_{1c} e seu resultado clínico foi atingido, graças a mudanças de comportamentos.

CONCLUSÃO

A organização da forma de atenção à saúde por meio da Atenção Contínua e do Autocuidado Apoiado ocasionou uma relação mais próxima entre os profissionais de saúde e as pessoas usuárias. Ao pactuar o Plano de Autocuidado Apoiado, os pacientes usuários se

empoderaram em relação a sua saúde e melhoraram sua qualidade de vida.

Os especialistas cumprem sua função educacional em relação aos profissionais da APS, proporcionando a educação permanente em cada ciclo de atendimento, oferecendo uma relação de retaguarda assistencial e de apoio pedagógico, e melhorando o cuidado.

Os profissionais, por meio das discussões dos casos com especialistas, foram se capacitando e passaram a dispor de maior segurança para lidar com pacientes crônicos de diabetes – e, em caso de dúvidas, já podem entrar em contato via WhatsApp com os especialistas. Com tudo isso, houve uma diminuição dos encaminhamentos para a AE e, conseqüentemente, uma melhoria no gerenciamento das condições de saúde dos pacientes.

Dessa forma, a conclusão é de que o uso das tecnologias leves trouxe resultados favoráveis para o controle da diabetes mellitus e, certamente, a experiência poderá ser replicada no acompanhamento de outras doenças crônicas, melhorando os resultados para os pacientes, os profissionais e para o sistema de saúde como um todo.

REFERÊNCIAS

1. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BR). Caderno de apresentação: oficinas de planificação da atenção primária à saúde nos estados. Brasília (DF): Conass; 2009.
2. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
3. Porter M, Kellogg M. Kaiser Permanente: an integrated health care experience. Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada [Internet]. 2008 [cited 2021 Jan. 05]; 1(1). Available from: https://www.sefap.org/media/upload/arxius/formacion/aula_fap_2010/bibliografia/Kaiser_2009.pdf.
4. Wagner EH. Chronic disease management: what will take to improve care for chronic illness? Effect Clin Pract. 1998; 1(1): 2-4.
5. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe. Stockholm: Arbetsrapport/ Institutet for Framtidsstudier; 2007.
6. Stratton IM et al. Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study. BMJ [Internet]. 2000 [cited 2021 Jan. 05]; 321: 405; <https://doi.org/10.1136/bmj.321.7258.405>
7. Gilmer TP, O'Connor PJ, Manning WG, Rush, WA. The cost to health plans of poor glycemic control. Diabetes Care [Internet]. 1997 [cited 2021 Jan. 05]; 20(12): 1847-1853. <https://doi.org/10.2337/diacare.20.12.1847>

Integração entre atenção primária e especializada: relato de experiência de boas práticas clínicas*

Humberto Machado de Resende^a, Melyne Serralha Rocha^b, Rubia Pereira Barra^c

Resumo

Este trabalho é um relato de experiência acerca do cuidado de pessoas com doenças reumatológicas por meio da integração entre atenção primária e especializada, no setor sul do município de Uberlândia (MG). Com a implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas, as doenças reumatológicas de alta prevalência e baixa complexidade, como a fibromialgia, foram inseridas nos cuidados que os médicos da atenção primária das Unidades Básicas de Saúde deveriam realizar, assim como eles já faziam com outras condições, como a hipertensão arterial sistêmica e a diabetes mellitus. Com a consolidação do projeto, entre 2017 e 2020, houve redução de mais de 90% na fila de espera por consulta reumatológica. Este número é bastante expressivo e gera convicção de que essa estratégia pode ser aplicada também por outras especialidades.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Atenção especializada; Reumatologia.

* Missão Sal da Terra, Uberlândia/MG, Brasil.

^a Graduação em Medicina, especialização em Reumatologia.

^b Graduação em Enfermagem, especialização em Gestão em Saúde Pública.

^c Graduação em Odontologia, especialização em Saúde Coletiva.

INTRODUÇÃO

O manejo das condições crônicas de saúde^d da população, como indicam as referências internacionais, demandará mudanças significativas no modelo de atenção primária à saúde¹. Com esse intuito, a Planificação da Atenção à Saúde (PAS)¹, proposta pelo Conselho Nacional de Secretários da Saúde (Conass), adotou o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)³, que introduziu as doenças reumáticas na organização dos macroprocessos das condições crônicas na construção social da atenção primária à saúde (APS).

A reumatologia é a área da medicina que estuda as doenças do tecido conjuntivo⁴, representando mais de 120 patologias que vão desde situações graves e de baixa prevalência, como lúpus eritematoso sistêmico, até doenças de alta prevalência e baixa complexidade, como a fibromialgia.

A especialidade vai em direção ao modelo de atenção adotado pela PAS, que trabalha com a estratificação dos riscos para o manejo das condições crônicas, de forma que os usuários de saúde possam receber atenção diferenciada segundo suas necessidades. Assim, os portadores de condições crônicas de menor risco (baixa complexidade) são acompanhados principalmente por equipes de atenção primária, enquanto os de condições de risco alto e muito alto (alta complexidade) têm presente atenção especializada mais significativa, com uma concentração maior de cuidados e o compartilhamento entre a APS e atenção especializada.

Na rede de saúde pública do município de Uberlândia (MG), a atenção às pessoas com doenças reumatológicas foi organizada com base nessa estratificação de risco. O município já tinha protocolos de ordenamento por necessidades e riscos, porém esses protocolos precisavam ser revisados e os médicos não estavam capacitados para usá-los.

OBJETIVO

O objetivo deste estudo é relatar a introdução das doenças reumatológicas de alta prevalência e baixa complexidade no manuseio dos clínicos da APS, processo que, em Uberlândia (MG), teve a finalidade de reduzir o tempo de espera por consultas e resolver a demanda dos usuários com um atendimento de alta qualidade.

MÉTODO

Este artigo é um relato de experiência da integração entre a atenção primária à saúde (APS) e a atenção ambulatorial especializada (AAE) no âmbito da reumatologia em um dos cinco setores sanitários (setor sul) do município de Uberlândia, Minas Gerais, no período de 2017 a 2020.

CENÁRIO

Em 2017, por meio da PAS, as equipes da APS de Uberlândia foram qualificadas para a coordenação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e a interação mais resolutiva entre a APS e AAE. Durante a organização dos processos da planificação, observou-se que os usuários aguardavam até dois anos por uma consulta de reumatologia. O município tinha, nessa época, uma população de 676.613 habitantes, segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)², uma lista de espera de 2.709 pessoas aguardando por consulta reumatológica e apenas dois médicos especialistas nessa área.

Introdução das doenças reumatológicas na APS

Para equalizar esse problema de saúde pública, foi elaborado um projeto com oito fases:

^d Segundo Mendes³: “Condições de saúde podem ser definidas como circunstâncias na saúde que exigem respostas sociais reativas ou proativas, episódicas ou contínuas e fragmentadas ou integradas dos sistemas de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias”.

1. Levantamento dos usuários em lista de espera para reumatologia;
2. Capacitação dos médicos para a estratificação de riscos;
3. Reavaliação da estratificação de risco dos usuários em lista de espera;
4. Agendamento de consultas com especialista para os usuários de alto risco;
5. Capacitação de médicos da atenção primária para manejo de doenças reumáticas de médio e baixo risco;
6. Agendamento de atendimentos com clínico geral para os usuários de menor complexidade;
7. Agendamento de atendimentos com apoio das equipes interdisciplinares;
8. Realização de tutorias de reumatologia.

Diante da numerosa população da cidade e do pequeno número de reumatologistas na rede pública de saúde, o projeto foi iniciado no setor sul, um dos cinco setores sanitários nos quais a rede de Uberlândia é dividida. Na época com 157.539 habitantes, o setor sul possuía 21 Equipes de Saúde da Família (ESF), uma Unidade Básica de Saúde (UBS), duas Unidades de Atendimento Integrado (UAI), um médico reumatologista e 870 pessoas aguardando por consulta reumatológica.

Dada essa demanda enorme, foi decidido introduzir as doenças reumatológicas no macroprocesso das condições crônicas³ da APS, isto é, assim como já eram responsáveis por outras doenças de baixa complexidade e alta prevalência – como hipertensão arterial sistêmica e diabetes –, os médicos da Atenção Primária das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSFs) passariam a ser responsáveis pelas doenças reumatológicas com as mesmas características, como fibromialgia e artroses.

Toda essa organização aconteceu com base na estratificação de risco. Embora já houvesse protocolos de ordenamento por necessidades e riscos, o município precisava revisá-los e capacitar os médicos para segui-los.

A classificação de risco por meio do protocolo da Secretaria Municipal de Saúde seguiu critérios de prioridades alta, média e baixa complexidade (Tabela 1).

Foi elaborado um plano de ação para a organização do processo, que se deu da seguinte forma:

- Levantar a lista de espera para reumatologia de todas as unidades de atenção primária à saúde, verificando se os pacientes ainda moravam no território ou se o problema já havia sido resolvido;
- Capacitar os médicos da atenção primária para a estratificação de risco;
- Reavaliar a estratificação de risco da lista de espera de cada unidade de atenção primária à saúde;
- Garantir consultas com o especialista para as pessoas usuárias de alto risco – medida importante para dar segurança aos médicos de atenção primária de que teriam como encaminhar os usuários classificados como vermelho e amarelo;
- Capacitar os médicos da atenção primária para o manejo das doenças reumáticas de médio e baixo risco – capacitação ministrada pelo reumatologista;
- Agendar atendimento com o clínico geral para as pessoas usuárias de menor complexidade;
- Atender o público prioritário com o apoio das equipes interdisciplinares;
- Realizar tutorias de reumatologia – o especialista visita regularmente as unidades de saúde para tirar dúvidas e realizar atendimento em conjunto com o clínico local.

Tabela 1: Prioridades da lista de espera, por cor, estabelecidas pela SMS de Uberlândia (MG)

PRIORIDADE	COR	DESCRIÇÃO
Alta	Vermelho	<ul style="list-style-type: none"> Gestantes com doença reumática inflamatória (lúpus, artrite reumatoide, dermatopolimiosite, espondiloartrite, vasculites, esclerose sistêmica etc.); Lúpus com sinais de atividade grave (plaquetopenia < 50.000, nova proteinúria, novo sedimento urinário); Intercorrência infecciosa em uso de imunobiológicos (abatacepte, adalimumabe, belimumabe, certolizumabe, etanercepte, golimumabe, infliximabe, rituximabe, secuquinumabe, tocilizumabe, ustekinumabe); Vasculite sistêmica sem diagnóstico, sem tratamento ou em falha do tratamento; Vasculite reumatoide sem diagnóstico, sem tratamento ou em falha do tratamento; Miosite com CPK > 1000.
Média	Amarelo	<ul style="list-style-type: none"> Artrite (edema, calor local, dor e/ou hiperemia) de uma ou mais articulações com VHS e PCR elevados; Quadro intenso de dor em cinturas pélvica e escapular com aumento de VHS e PCR; Artrite reumatoide ou espondiloartrites em falência terapêutica; Dores músculo-esqueléticas associadas à psoríase; Pacientes em tratamento de doença reumática e evento adverso a drogas (hepatopatia, mielopatia, neoplasia, infecção); Lúpus com sinais de atividade, exceto os descritos em alta prioridade; Lombalgia de ritmo inflamatório, abaixo de 45 anos; Gota refratária a mudanças de estilo de vida e ao menos uma intervenção terapêutica; Pacientes com diagnóstico ou suspeita de esclerose sistêmica progressiva e sem seguimento.
Regular	Verde	<ul style="list-style-type: none"> Fenômeno de Raynaud com FAN positivo;
Baixa	Azul	<ul style="list-style-type: none"> Artrose; Fibromialgia; Edema articular episódico; Tenossinovites; Dificuldade no manejo da osteoporose.

RESULTADOS

Nas 22 unidades de saúde acompanhadas durante quase 3,5 anos, havia em 2017 um total de 870 pessoas com diferentes graus de prioridade aguardando atendimento reumatológico. Com o desenvolvimento

do projeto, esse número caiu para 60 pessoas, representando mais de 90% de queda na fila de espera. Além disso, é interessante notar que os pacientes de alta e média complexidade passaram de 230 (vermelho e amarelo) para dez, uma redução de mais de 95%, conforme mostra a Tabela 2.

Tabela 2: Número de pacientes na fila de espera para atendimento reumatológico, por classificação de prioridade, em junho de 2017 e em novembro de 2020.

UNIDADES DE UBERLÂNDIA	JUN/17					NOV/20				
	Vermelho	Amarelo	Verde	Azul	Total	Vermelho	Amarelo	Verde	Azul	Total
UAI PAMPULHA	1	45	31	71	148	0	3	3	3	9
UBSF AURORA	0	10	18	21	49	0	1	6	4	11
UBSF CAMPO ALEGRE	0	11	19	8	38	0	0	0	1	1
UBSF GRANADA I	0	4	4	6	14	0	1	2	0	3
UBSF GRANADA II	1	6	6	22	35	0	1	1	0	2
UBSF GRAVATAS	1	5	4	28	38	0	0	1	0	1
UBSF JARDIM BOTÂNICO	0	15	14	16	45	0	0	0	0	0
UBSF LAGOINHA I E II	0	15	14	27	56	0	1	0	2	3
UBSF LARANJEIRAS	0	7	12	6	25	0	0	0	0	0
UBSF SÃO GABRIEL	0	8	9	20	37	0	0	1	0	1
UBSF SÃO JORGE I	0	12	3	11	26	0	0	0	0	0
UBSF SÃO JORGE II E III	0	5	9	42	56	0	1	2	0	3
UBSF SÃO JORGE IV	0	4	11	2	17	0	0	0	0	0
UBSF SÃO JORGE V	0	9	12	25	46	0	0	0	0	0
UBSF SERINGUEIRAS I	0	17	11	15	43	0	0	0	0	0
UBSF SERINGUEIRAS II	0	16	5	29	50	0	0	0	1	1
UBSF SHOPPING PARK I	3	10	7	30	50	0	2	3	7	12
UBSF SHOPPING PARK II	4	14	11	20	49	0	0	4	7	11
UBSF SHOPPING PARK III	0	5	14	17	36	0	0	0	1	1
UBSF SANTA LUZIA	0	2	4	6	12	0	0	0	1	1
TOTAL	10	220	218	422	870	0	10	23	27	60

Fonte: FastMedic Sistemas | © FastSaúde | Versão:5.0.75.35814 – SMS/Uberlândia-MG jun 2017

DISCUSSÃO

Após a aplicação da ideia da interação profissional entre reumatologista e APS em um setor sanitário do município de Uberlândia, observou-se a drástica redução da lista de espera por consultas com esse especialista. Devido à reduzida oferta da especialidade na cidade, as doenças reumatológicas foram inseridas, de forma pioneira, no macroprocesso das condições crônicas de saúde. Com a capacitação de todos os profissionais de APS, tutorias nas UBSFs/UBSs e educação médica continuada, houve a resolução de um dos principais problemas que se tem hoje no Sistema Único de Saúde (SUS): demanda elevada e falta de profissionais.

De acordo com o Conass¹, os desafios da atenção primária para a resolução das necessidades de saúde da população dependem de força política e também de ajustes no modelo de trabalho, ao qual compete o acompanhamento e controle de marcadores de saúde pública.

O projeto de Uberlândia inverteu a lógica frequente de que as doenças de determinadas especialidades médicas devem ser exclusivamente resolvidas por esses especialistas, isto é, quebrou-se o paradigma de que o médico da atenção primária é apenas um “triador” para o especialista. Se o usuário tem um problema reumatológico, a UBSF/UBS deve garantir um atendimento rápido e resolutivo para esse indivíduo, e não apenas o encaminhar ao ambulatório da especialidade.

Para que a solução fosse viável, foi necessário retirar o especialista do ambulatório e inseri-lo no contexto da atenção primária, integrando-o à equipe e fazendo com que ele vivesse a realidade daquela região. Com a capacitação permanente e as tutorias, o especialista pôde se encontrar dentro das unidades básicas de saúde.

Com essa reorganização, conseguiu-se o gratificante resultado de redução da lista de encaminhamentos para o reumatologista em mais de 90%, possibilitando que aqueles usuários que realmente deveriam se consultar com o especialista conseguissem o atendimento de forma mais rápida.

Vale ressaltar que os últimos dados coletados são de novembro de 2020, portanto abrangem quase sete meses da pandemia de covid-19. Mesmo com toda a dificuldade de organização do sistema público de saúde frente a essa grave situação, os números permaneceram muito bons.

CONCLUSÃO

A experiência do município de Uberlândia traz a certeza de que a gestão das listas de espera das especialidades médicas no sistema público de saúde por meio de estratificação de riscos, capacitação dos profissionais da APS pelo especialista para o manejo de usuários de baixa complexidade, matriciamento nas unidades de APS, compartilhamento do cuidado dos casos mais complexos entre a equipe de APS e o especialista é uma metodologia exitosa e pode ser aplicada a outras especialidades.

A interação entre AAE e a APS, além de proporcionar educação permanente para a equipe da atenção primária e responsabilização da APS pelos casos menos complexos que exigem atuação interdisciplinar, reduz o tempo de espera para atendimento, o que pode resultar em diagnósticos precoces, farmacoeconomia e assistência de ponta para a população.

A lista de espera por consultas de especialidade, um dos grandes problemas do SUS, pode ser resolvida por meio de organização de processos centrados na estratificação de risco e na integração entre atenção primária e especializada.

REFERÊNCIAS

1. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BR). Caderno de apresentação: oficinas de planificação da atenção primária à saúde nos estados. Brasília: CONASS; 2009
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Uberlândia [Internet]. [cited 2021 Feb. 4]. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/uberlandia/panorama>.
3. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas de saúde na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília (DF): Organização Pan-Americana de Saúde; 2012.
4. Fuller R. A classificação das doenças reumatológicas. In: Fuller R, Pereira RMR [editors]. Manual de reumatologia para graduação em medicina. Campinas (SP): Pontos Editores; 2016. p.7-12.



Macro Board: integração multiprofissional na rotina de um laboratório de anatomia patológica*

Luciana Schultz Amorim^a, Ivan Gerage Amorim^b, Werner Schultz^c,
Maria Inês Onuchic Schultz^d

Resumo

Trata-se de um relato de experiência do processo de elaboração e implementação do Macro Board em um laboratório privado do interior de São Paulo no período de agosto de 2020 a janeiro de 2021. A confiança nos dados da macroscopia, primeira etapa analítica da anatomia patológica e admite apoio técnico, dinamiza e qualifica o diagnóstico para a linha de cuidado. O Macro Board foi proposto como uma ferramenta integrada à rotina do laboratório para monitorar a qualidade da macroscopia, provendo *feedback* de informações e desempenho e proporcionando educação continuada aos participantes. Baseadas no modelo IMOI, as videoconferências diárias do Macro Board, com até 30 minutos de duração, envolveram médicos e técnicos na discussão retrospectiva de casos com apoio de imagens.

*Instituto de Anatomia Patológica – Americana, Piracicaba e Santa Bárbara d'Oeste (SP)

^a Graduação em Medicina pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e residência em Anatomia Patológica pela Unicamp; especialização em Patologia do Aparelho Urinário e Genital Masculino pela Johns Hopkins University, Baltimore (EUA); doutorado em Oncologia pela Fundação Antonio Prudente/AC Camargo Cancer Center.

^b Graduação em Direito pela Universidade Metodista de Piracicaba (Unimep); mestrado em Direito Político e Econômico pela Universidade Presbiteriana Mackenzie; pós-graduação em Direito e Processo do Trabalho pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP); pós-graduação em Direito Ambiental pela Unimep.

^c Engenheiro mecânico formado pela Universidade de São Paulo (USP), campus São Carlos. No laboratório IAP é gestor de Tecnologia e Infra-estrutura.

^d Graduação em Medicina pela Universidade de São Paulo (USP); residência em Anatomia Patológica pela USP.

Na implementação, foram identificadas adequações necessárias e reconhecidos potenciais inicialmente não previstos. As flutuações na quantidade de exames foram acentuadas e relacionadas às duas ondas da pandemia do novo coronavírus, quando cirurgias eletivas foram suspensas. As solicitações de retrabalho tiveram flutuação semelhante, porém inversamente proporcional à quantidade de exames, sugerindo uma associação com a complexidade das peças cirúrgicas. Desta forma, o Macro Board redefiniu a composição e o alcance do time. A integração multiprofissional causou melhorias na coordenação das etapas pré-analíticas e analíticas, além de satisfação profissional.

Palavras-chave: Macroscopia; Equipe multiprofissional; Anatomia patológica; Ferramentas laboratoriais.

INTRODUÇÃO

Uma das especialidades mais antigas da medicina, a anatomia patológica traz no nome a correta ideia de que seu exercício se baseia na anatomia humana. A partir das observações em necropsias, foram estabelecidos princípios anatômicos que nortearam o conhecimento moderno das patologias. Conforme as tecnologias de microscopia se modernizaram, a anatomia humana e suas alterações patológicas ganharam dimensão celular, porém, desde sempre, a macroscopia antecede o preparo histológico. Assim, embora a figura do patologista tenha se tornado praticamente indissociável do microscópio, a avaliação macroscópica não perdeu sua relevância.

Apesar de ser responsabilidade médica, a macroscopia admite apoio técnico, sendo considerada a primeira etapa da fase analítica¹. Consiste na avaliação de uma peça anatômica retirada por cirurgia ou biópsia – para cada tipo de peça, existe um protocolo de processamento segundo diretrizes internacionais. Durante o procedimento, são retirados fragmentos representativos da doença e analisados outros parâmetros importantes para o entendimento completo do caso e a condução do paciente. Esses fragmentos são, então, processados e embebidos em parafina para obtenção de cortes histológicos (confeção da lâmina). Portanto, um bom desempenho macroscópico é

fundamental para as etapas subsequentes – técnica histológica e microscopia – e para o diagnóstico final, baseado na correlação macro-microscópica.

Segundo Nakhleh², a qualidade em anatomia patológica pode ser definida como “laudos corretos, oportunos e completos” e requer “investimento substancial na estrutura básica e nas pessoas” envolvidas³. Melhorias da qualidade funcionam melhor quando integradas ao sistema do laboratório, visando a uma equipe bem-informada e treinada. Como, no laboratório, a macroscopia e a microscopia são etapas desenvolvidas em momentos distintos e por múltiplos profissionais, torna-se fundamental a integração das informações para a obtenção de um laudo correto e completo. A confiança nos dados fornecidos dinamiza o processo diagnóstico ao evitar o retrabalho ou a necessidade de informações adicionais, de maneira a oferecer um resultado no momento adequado da linha de cuidado do paciente.

Neste contexto, propomo-nos a descrever a ferramenta que batizamos de Macro Board: uma reunião multiprofissional incorporada à rotina do laboratório de anatomia patológica que proporciona o monitoramento da qualidade da macroscopia e o *feedback* de informações e desempenho, operando também como educação continuada dos profissionais envolvidos nessa etapa da anatomia patológica.

¹ “Quality in surgical pathology may be defined as accurate, timely, and complete reports. Achieving quality requires substantial investment in the basic structure and in the people who undertake surgical pathology.”

MÉTODO

Este artigo é um relato de experiência, desde a elaboração até a implementação do Macro Board, em um laboratório privado de anatomia patológica com três unidades no interior do estado de São Paulo (Americana, Piracicaba e Santa Bárbara d'Oeste), no período de agosto de 2020 a janeiro de 2021. Além disso, avalia o impacto dessa inovação na rotina do laboratório durante esse período, em relação às solicitações paralelas de retrabalho (reanálise macroscópica ou novos cortes da mesma lâmina) e à requisição de informações adicionais (história clínica, exames de imagem, laudos anatomopatológicos externos, entre outras). Assim, é proposto um conjunto de estratégias de implementação de boas práticas laboratoriais e investimento em pessoas para geração de valor, com ênfase na adaptabilidade durante a pandemia do novo coronavírus.

Utilizamos o modelo híbrido de desenvolvimento de conceito, proposto por Schwartz-Barcott e Kim³ como um método investigativo que combina análise teórica e pesquisa de campo. O produto final é a definição e apresentação de um conceito e a identificação de suas fragilidades, como referência para orientar desenvolvimentos futuros. A partir de antecedentes, que definem situações precedentes à intervenção e ajudam a entender seu contexto, são observados os atributos da implementação. As consequências do conceito relacionam-se a eventos ou situações que surgiram a partir de sua manifestação prática.

Execução do Macro Board

Etapa 1: Elaboração

Tendo em vista que a patologia é uma especialidade visual, seja na esfera macro, seja na esfera microscópica, partimos do princípio de que o compartilhamento de imagens atinge um alto nível de interação técnica e multiprofissional. Nos últimos anos, a digitalização

dos laboratórios tem propulsionado a especialidade, tornando as informações mais reproduzíveis e o trabalho, mais dinâmico e eficiente⁴.

Assim, foram necessários investimentos prévios em tecnologia da informação que permitisse a visualização de imagens e dados na própria tela de diagnóstico. O gerenciador de exames em nosso laboratório é um sistema híbrido, desenvolvido internamente desde 1997, em constante evolução de acordo com as necessidades do serviço. Algumas particularidades relevantes para a elaboração e execução do Macro Board incluem:

1. Adequação da tela de trabalho do patologista, onde cada exame é tratado como um “caso”, de forma a reunir, em um único local, todas as janelas de solicitações adicionais ao exame corrente necessárias para a condução do caso e o raciocínio diagnóstico:

- a) Solicitações administrativas – exames de radiologia, laudos anatomopatológicos externos, contatos dos médicos envolvidos etc.
- b) Solicitações técnicas adicionais – revisões de macroscopia; colorações específicas; recortes histológicos.

2. Desenvolvimento de relatórios gerenciais das solicitações técnicas adicionais mencionadas no item 1, permitindo sua quantificação e qualificação para monitoramento e desenvolvimento de melhorias;

3. Arquivos de vídeo com filmagens integrais do processamento macroscópico de cada peça cirúrgica, disponíveis para consulta por um *link* direto na tela de trabalho do respectivo caso;

4. Desenvolvimento de um aplicativo móvel (para celular e *tablet*) que facilita o *upload* de imagens macroscópicas diretamente na tela de trabalho do respectivo caso.

Durante a pandemia do novo coronavírus, instalada no Brasil em março de 2020, a limitação do encontro presencial foi em grande parte sanada por videoconferência. Elegemos a plataforma Zoom, da Zoom Video

Communications, Inc. (San José, Califórnia), devido à experiência prévia positiva com o ambiente virtual, à estabilidade em diferentes computadores e à facilidade de operação.

Etapa 2: Teste

Partindo do princípio de que um time difere de outros grupos de trabalho por reunir vínculo pessoal e corporativo, objetivos em comum, interdependência de tarefas e reflexibilidade na rotina⁵, o Macro Board foi organizado e aplicado conforme:

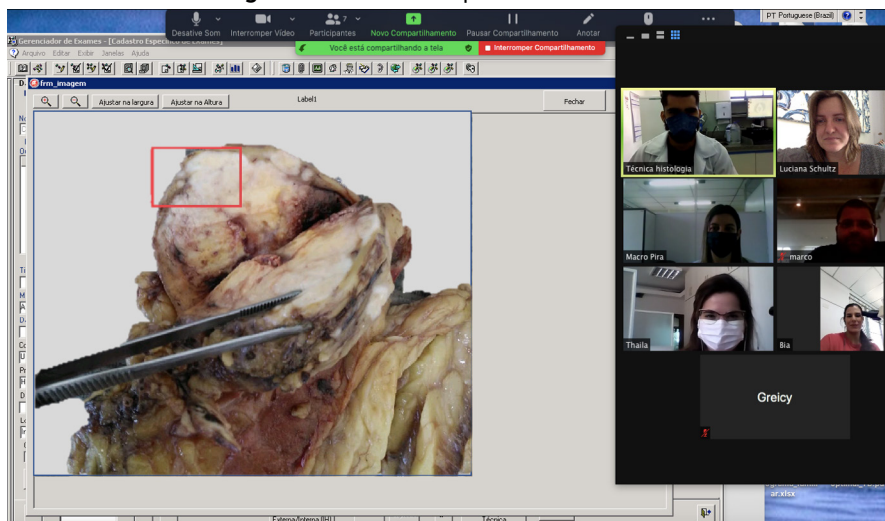
- a) **Periodicidade** – diariamente (segunda a sexta-feira) às 11 horas, com duração de 20 a 30 minutos.
- b) **Pessoas envolvidas** – entre três e seis macroscopistas (regulares), três e sete médicos patologistas (optativos) e, eventualmente, profissionais convidados da área administrativa ou da área técnica histológica (ocasionais).
- c) **Formato e condução** – a reunião é conduzida por um patologista mediador, porém os casos são apresentados e preparados pelo macroscopista executor do procedimento para incentivar o engajamento e estimular a equivalência interprofissional. Na

primeira fase da reunião, a equipe técnica seleciona e prepara os casos novos (executados na rotina do dia anterior), com enfoque nas peças cirúrgicas mais complexas ou incomuns, além de situações de dúvida (Figura 1). Na segunda etapa da reunião, são discutidos todos os casos em que a análise macroscópica preliminar não foi suficiente para conclusão diagnóstica, sendo, portanto, selecionados pelos patologistas. A discussão segue acerca dos achados iniciais e dos revisados, com cada parte compartilhando suas dificuldades e necessidades.

- d) **Registro** – após a discussão, é realizado um *debriefing* pelo mediador e são elencadas eventuais decisões protocolares acertadas ou assuntos pendentes. Este encerramento é resumido em uma ata, publicada para todos os membros do time, presentes ou não na ocasião, por meio de aplicativo de mensagens em grupo.

Estes aspectos permitem a condução do Macro Board pelo IMOI (*Input-Mediators/Processes-Output-input*)⁹, modelo de trabalho em equipe em que cada experiência influencia a seguinte, uma vez que tanto o time quanto seus membros se desenvolvem durante o processo. Assim, o time evolui em ciclos, que também são chamados de “episódios de *performance*”.

Figura 1: Macro Board por videoconferência



Membros do time discutem sobre uma neoplasia renal que aparentemente invade o tecido adiposo perirrenal. O macroscopista indica o local de onde foi retirado o fragmento para inclusão histológica, e o patologista revisa a implicação deste achado para o estadiamento do paciente e a definição do tratamento.

Fonte: Conferência entre participantes do estudo, 2021.

RESULTADOS

Implementação

Durante a implementação do Macro Board, foram detectados alguns pontos de ajuste ou potenciais inicialmente não previstos, a seguir apresentados e ilustrados por meio de exemplos em formato de case.

1. Padronização da apresentação de caso

Devido à multiplicidade de parâmetros envolvidos, como é comum em quase toda discussão de casos oncológicos, a ausência de uma ordem pré-definida gerava desorganização da informação, demandando maior tempo de apresentação para o entendimento dos participantes. Para discutir um produto de colectomia, por exemplo, citava-se o número do caso e, a seguir, passava-se às imagens, para só então surgir uma dúvida sobre o diagnóstico na biópsia prévia.

Estes aspectos foram considerados pelo time, que optou por admitir o formato de “caso clínico”, com cronologia dos acontecimentos, na seguinte ordem: número do caso, dados epidemiológicos, exames prévios, dados clínicos atuais e indicação da cirurgia. Segue-se, então, para os achados macroscópicos nas imagens, a discussão teórica de assuntos associados que forem relevantes para o exercício diagnóstico ou tenham impacto na condução do paciente e, por fim, a análise crítica da descrição macroscópica que constará no laudo. O fechamento envolve previsões de fluxo do caso, como solicitações adicionais, direcionamento para um patologista específico ou decisões protocolares decorrentes da discussão.

2. Integração com histologia

Na segunda etapa de uma reunião que discutia um caso para reanálise macroscópica, o patologista explicou ao macroscopista que não fora possível visualizar na lâmina a margem inteira do fragmento,

impedindo a conclusão do laudo. O macroscopista explicou que a margem fora pintada com tinta verde e que um fragmento generoso fora submetido a histologia. O caso foi assinado pelo mediador como pendência para discussão futura, em conjunto com um membro da técnica histológica. No dia seguinte, desta vez com a imagem dos blocos de parafina disponível, foi possível ver, a olho nu, a marcação adequada das margens com tinta. Contudo, o profissional da técnica histológica explicou que, por ser muito grande, o fragmento tinha suas bordas amoldadas pela convexidade da fôrma ao ser posicionado no molde de parafina. Assim, não fora possível obter as fatias niveladas para a lâmina, sendo que as margens marcadas com tinta se mantiveram embebidas na parafina. Foi, então, estabelecido um protocolo para as dimensões máximas de cada fragmento submetido pela macroscopia.

3. Espaço para discussões mais aprofundadas

Foi apresentado um caso em que o patologista solicitou nova avaliação de uma peça cirúrgica porque não haviam sido representados os parâmetros no produto de histerectomia oncológica. O macroscopista explicou que, segundo as referências do serviço, os parâmetros deveriam ser representados apenas em câncer do colo uterino, porém não de corpo uterino, como era o caso. O patologista insistiu que esse dado também era um parâmetro para o estadiamento AJCC/TNM em neoplasias de corpo. O mediador anotou o assunto como “pendência” e encerrou a discussão. Após o Macro Board, foi criado um fórum paralelo onde as referências foram compartilhadas e os pontos de vista, apurados, tendo-se chegado a um consenso: a representação dos parâmetros atendia a uma minoria das histerectomias por câncer de corpo (somente casos avançados), portanto foi mantido o protocolo de não os representar inicialmente, cabendo o recurso de

reavaliação caso constatada a necessidade a *posteriori*. A resolução dessa “pendência” foi apresentada no Macro Board do dia seguinte e acrescida aos protocolos do serviço.

4. Organização das produções

No decorrer dos meses, houve necessidade de organizar as decisões protocolares geradas pelas discussões, de forma a consolidá-las na rotina e torná-las acessíveis para consulta de maneira prática. Foi elaborado um relatório específico, disponibilizado em conjunto com as demais referências técnicas da macroscopia.

5. Satisfação dos envolvidos

Durante a elaboração, decidiu-se por organizar o Macro Board em um formato de reuniões curtas, porém frequentes. Dentre as vantagens desse formato, previu-se a possibilidade de: maior adesão dos membros do time; menor impacto no tempo de trabalho operacional; e maior integração das reuniões na rotina, de maneira que as consultas e discussões integrassem o processo diário de tomada de decisão de cada indivíduo. Na preparação para uma visita de manutenção da Certificação de Qualidade – ONA nível 3 (Acreditado com Excelência), as impressões dos membros foram colhidas individualmente, sendo positivas em todos os depoimentos. Dentre os motivos citados pelos entrevistados, destacam-se:

- a) Por parte da equipe técnica: os membros reconheceram como um “privilegio” a oportunidade de aprender aspectos clínicos e macroscópicos a partir da interação diária com os médicos, de maneira tutorial e frequente, referindo que não teriam acesso a

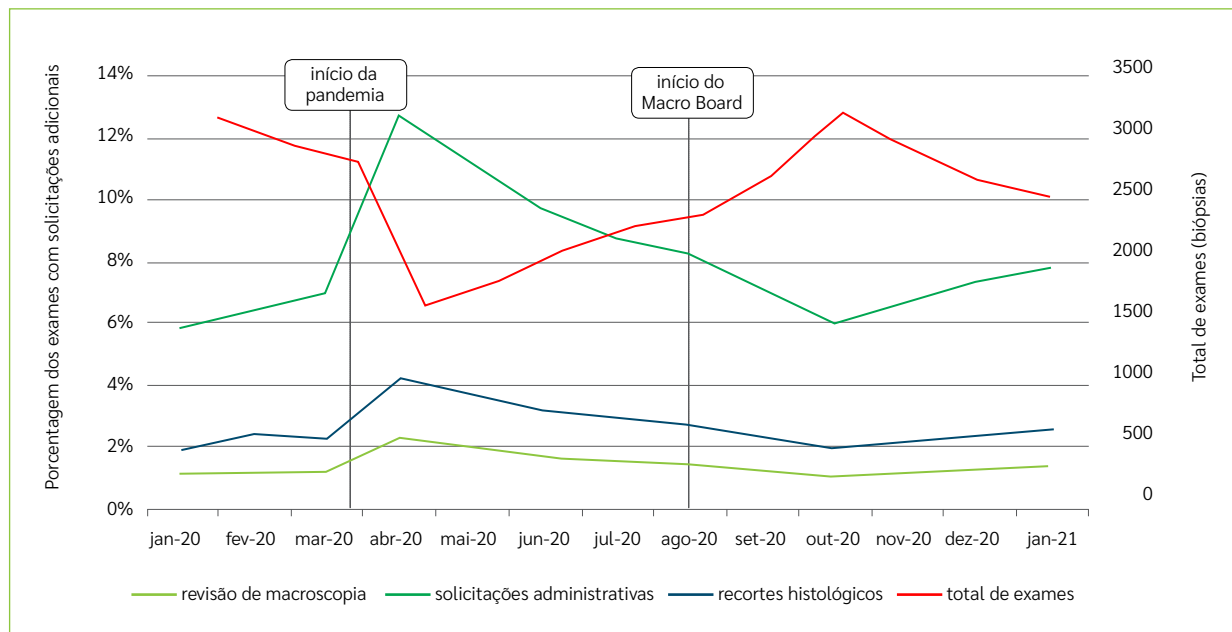
esse tipo de formação em outras fontes de qualificação profissional disponibilizadas à categoria. Outra vantagem relatada foi a padronização das solicitações de reanálise, reduzindo a variabilidade dos motivos apresentados nelas.

- b) Por parte da equipe médica: os membros valorizaram a oportunidade de ver as imagens macroscópicas de um caso complexo antes das lâminas, dinamizando a avaliação microscópica e direcionando o raciocínio diagnóstico. Também relataram um aumento da confiança na descrição elaborada pelos macroscopistas. Finalmente, reconheceram o Macro Board como ferramenta de aprimoramento, tanto para o reconhecimento das alterações patológicas quanto para a padronização dos protocolos.

Impacto na rotina

O Macro Board foi implementado em agosto de 2020, cinco meses após a instalação da pandemia do novo coronavírus no Brasil. Após uma queda abrupta da quantidade de exames processados no laboratório, devido à suspensão das cirurgias eletivas a partir de abril de 2020, um volume significativo já havia sido retomado naquele momento (Gráfico 1). Ao longo do ano, normalmente existe uma variação pequena na quantidade de exames, prevista para meses com maior incidência de feriados, férias etc. Contudo, o decréscimo na quantidade de exames foi muito acentuado e sem precedentes, relacionando-se com as duas ondas da pandemia (picos entre 22 de maio e 30 de agosto de 2020, e desde 7 de janeiro de 2021 até a data em que este artigo foi escrito)⁶.

Gráfico 1: Total de biópsias realizadas pelo laboratório por mês e porcentagem de solicitações adicionais (revisão de macroscopia, solicitações administrativas, incluindo exames de imagem, e recortes histológicos do mesmo bloco de parafina).



Admite-se que a *performance* da macroscopia pode interferir na quantidade de solicitações adicionais. A submissão de um bom fragmento (espessura e tamanho adequados) pode evitar um pedido de recorte histológico, assim como um fragmento que represente adequadamente uma margem cirúrgica pode evitar uma solicitação de revisão de macroscopia. Por outro lado, o melhor posicionamento do macroscopista no contexto clínico do paciente tem potencial de aumentar a busca por solicitações administrativas (exames de imagem para correlacionar com a peça, dados clínicos para elaboração de hipóteses diagnósticas etc.).

Ao longo dos meses, foi observada uma grande variação na porcentagem de exames com solicitações adicionais (revisão de macroscopia, solicitações administrativas e recortes histológicos). Essa variação, apesar de proporcional entre os tipos de solicitação, foi inversa à variação na quantidade de exames (biópsias) processados mensalmente.

DISCUSSÃO

Neste artigo, relatamos a experiência de elaboração, teste e implementação do Macro Board – uma reunião multiprofissional incorporada à rotina de um laboratório de anatomia patológica privado de médio porte. O modelo dos encontros seguiu a lógica dos cada vez mais populares *Tumor Boards*, em que times multidisciplinares reúnem-se para discussão de casos oncológicos, incluindo cirurgiões, oncologistas, radiologistas, patologistas, radioterapeutas, clínicos e médicos nucleares, além de, com frequência, outros profissionais da área da saúde, como enfermeiros, nutricionistas e fisioterapeutas.

A elaboração do Macro Board cumpriu vários dos fatores-chave para o sucesso desse modelo conforme descritos na literatura⁷, tais como identidade socio-profissional e apoio organizacional, credibilidade em benefícios da experiência em time, utilização positiva da tecnologia, motivação em prol da assistência

ao paciente e colegialidade. Por outro lado, algumas barreiras tiveram de ser contornadas: a ausência da peça física e da avaliação em tempo real exigiu investimentos técnicos e de infraestrutura para obtenção de boas imagens, além de atenção no preparo dos casos com antecedência. Outra limitação, ainda não solucionada, é a discussão por amostragem, pois não é viável apresentar todos os casos do dia (estuda-se a possibilidade de incluir, nas reuniões, a apresentação de casos aleatórios, como controle de qualidade). A frequência diária das reuniões, apesar de trazer vantagens, também pode ser inconveniente por variações na disponibilidade de cada indivíduo ao longo do dia, sendo necessário disciplinar os horários de início e término dos encontros, além de designar atribuições que possam ser cumpridas por múltiplos membros do time. Ainda, outra barreira relaciona-se ao uso de tempo que seria dedicado ao trabalho operacional, embora o Macro Board seja reconhecido como um recurso adicional de assistência ao paciente e um investimento na formação profissional, com ganhos qualitativos, e não quantitativos.

Durante o processo de implementação, alguns aspectos de aplicabilidade foram levantados e solucionados, como a padronização da apresentação de casos, a organização dos conteúdos e a disponibilização de tempo e de canais para discussões mais aprofundadas. O papel do mediador do Macro Board também compreende garantir a equiparação dos participantes e a promoção de um ambiente confortável para participação e integração multiprofissional. Segundo Katzenbach e Smith⁸, enquanto times efetivos mantêm membros com objetivos comuns e compartilhamento de responsabilidades, nos times de alta *performance* as pessoas têm entendimento claro de seus papéis e encorajam o desenvolvimento pessoal de outros membros.

Nesse espírito, a adoção das reuniões do Macro Board durante a pandemia foi muito conveniente. Devido às medidas de distanciamento social, os momentos de

convívio entre os profissionais haviam sido excluídos da rotina, com medidas como horários de trabalho alternados, rodízio no refeitório, horas de trabalho em *home-office* e até mesmo demissões. As reuniões diárias por videoconferência propiciaram a coesão da equipe e deram aos participantes um sentimento de pertencimento. Este aspecto pode também ter influenciado as avaliações positivas colhidas nas entrevistas com macroscopistas e patologistas, portanto seria interessante avaliar as percepções novamente, em outro cenário social.

Sob a ótica do período de pandemia, também houve observações interessantes em relação ao impacto do Macro Board na rotina de trabalho, particularmente em relação às solicitações adicionais. As variações na quantidade de exames foram acompanhadas de variações na quantidade de solicitações adicionais, como exposto no Gráfico 1, porém de maneira inversamente proporcional. O decréscimo do movimento é atribuível à suspensão das cirurgias eletivas de baixa complexidade durante os picos da pandemia, como medida para diminuir a circulação e o volume de pessoas no ambiente hospitalar, além de reduzir internações e aumentar a disponibilidade de leitos. Assim, os exames que de fato chegaram ao laboratório no período analisado corresponderam a produtos de cirurgias não eletivas ou eletivas de alta complexidade, como as oncológicas. Nesse contexto, entende-se que a proporção de casos complexos durante os picos da pandemia foi maior, já que esses tipos de cirurgia de não sofreram suspensão. Como consequência, aumentou também a necessidade proporcional de solicitações adicionais. Estas observações permitiram associar de maneira bastante clara o vínculo entre a quantidade de solicitações adicionais e a complexidade das peças cirúrgicas.

Ainda assim, durante a primeira onda da pandemia, quando o Macro Board ainda não estava operante, o pico da curva de solicitações (porcentagens) foi bastante agudo e atingiu valores acima de 10% (recortes

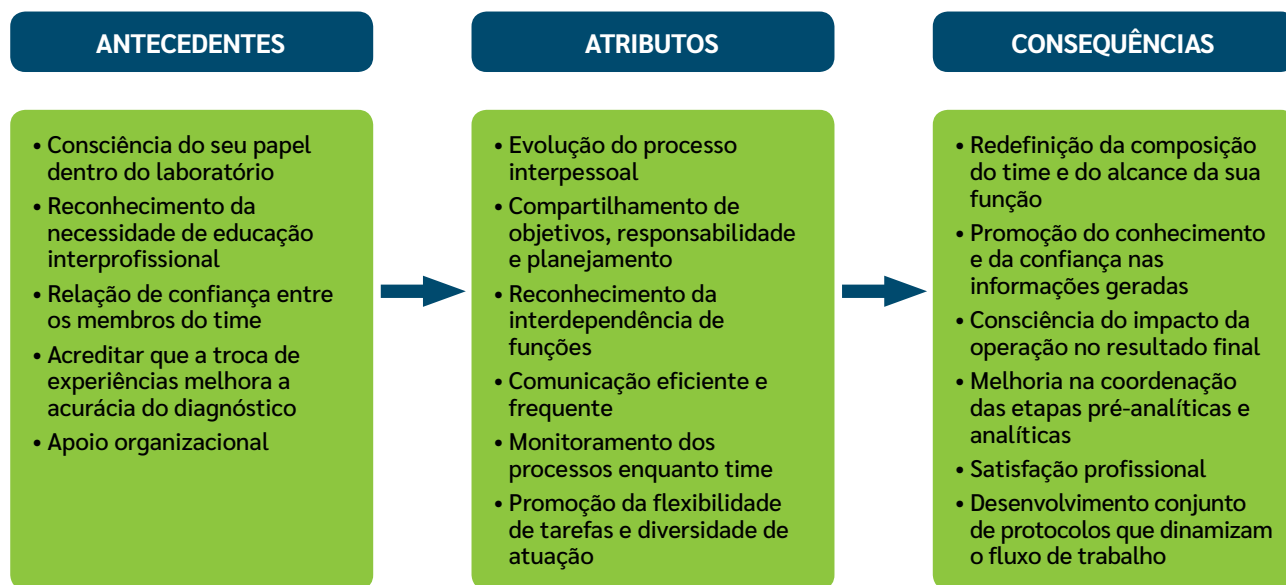
histológicos) e 4% (revisão de macroscopia) para um volume mensal de 2.500 exames. Após a implementação do Macro Board, os valores aproximados foram de 8% (recortes histológicos) e 2% (revisão de microscopia) para o mesmo volume de exames. Será interessante observar como as curvas de volume e de solicitações se comportarão nos próximos meses, tendo em vista que, apesar da tendência, ainda não se cruzaram.

Outro aspecto importante será observar as porcentagens de solicitações adicionais em um subgrupo específico de casos complexos, antes e depois da implementação das reuniões. Para tanto, seria

necessário criar uma metodologia de análise que incluísse critérios de classificação de complexidade das peças cirúrgicas. Outro potencial a ser explorado inclui aspectos relacionados à integração com a técnica histológica e a microscopia – por exemplo, a possibilidade de criar protocolos de adequação à digitalização de lâminas. Tendo o serviço adquirido um escâner de alta resolução, esta interface será importante para a otimização da telepatologia.

Desta forma, destacam-se os principais ganhos para a rotina do laboratório e de seus parceiros:

Figura 2: Análise de conceito da interação técnica e médica obtida com o Macro Board



CONCLUSÃO

A transformação digital, representada pelas redes de comunicação, inteligência artificial, realidade aumentada e virtual, internet das coisas, *blockchain* e robótica, apresenta recursos que tendem a oferecer grande eficiência e alterar profundamente os relacionamentos em saúde.

Neste sentido, envolver estas novas tecnologias aos processos antigos sem a revisão abrangente de

políticas, processos e serviços traz ações pouco usuais ou estratégias pouco adaptadas às necessidades usuais do novo mundo digital em movimento.

É essencial o envolvimento dos profissionais e instituições a fim de guiar os usuários para a melhor tomada de decisão e melhor uso das tecnologias digitais de saúde. Não é mais um cuidado centrado na figura do médico como único profissional responsável, mas que depende da colaboração, empatia e

tomada de decisão compartilhada. O relacionamento entre as partes interessadas é essencial no resultado obtido. Estas mudanças colocam os usuários no centro de seus cuidados, como partes essenciais a serem avaliadas para a garantia de bons resultados das aplicações.

Assim, passa a ser imprescindível a discussão da formação moderna dos profissionais da saúde, que deve incluir o ensino de habilidades para o trabalho com tecnologias. Além da formação acadêmica, o preparo

das organizações para as inovações deve englobar nos programas de capacitação e treinamento, temas relativos ao uso destas tecnologias.

Outra grande preocupação com o uso das inovações tecnológicas em saúde está na gestão das informações dos usuários, com a garantia de proteção à privacidade dos pacientes. Estas são questões que precisam ser amplamente discutidas em âmbito nacional, visando aplicação e adequação de medidas que garantam a segurança de profissionais e pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Assis E. Manual de Boas Práticas em Patologia. São Paulo: Sociedade Brasileira de Patologia, 2020. 92 p. ISBN 978-65-88327-01-2.
2. Nakhleh RE. What is quality in surgical pathology? J Clin Pathol. 2006 Jul; 59(7): 669-672. <https://doi.org/10.1136/jcp.2005.031385>
3. Schwartz-Barcott D, Kim HS. An expansion and elaboration of the Hybrid Model of Concept Development. In: Rodgers BL, Knafl KA, editors. Concept development in nursing. 2nd ed. Philadelphia (PA): Saunders; 2000. p. 129-59.
4. Meskó B. The Digital Future of Pathology [internet]. The Medical Futurist; 2018 May 10 [cited 2021 Feb 26]. Available from: <https://medicalfuturist.com/digital-future-pathology/>
5. Friedrich AL, Ulber D. Why are we in a team? Effects of teamwork and how to enhance team effectiveness. In: Chmiel N, Fraccaroli F, Sverke M (editors). An introduction to work and organizational psychology: an international perspective. 3rd ed. Chichester (UK): Wiley; 2017. p. 212-232.
6. Ministério da Saúde (BR). Boletim epidemiológico N48 – Semana epidemiológica 4 (24 a 30/1/2021) [cited 2021 Feb 26]. Available from: <https://coronavirus.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos>
7. Maharaj AD, Evans SM, Zalcberg JR, et al. Barriers and enablers to the implementation of multidisciplinary team meetings: a qualitative study using the theoretical domains framework. BMJ Qual Saf [internet]. Online First 2020 Nov 27 [cited 2021 Feb 26]. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2020-011793>
8. Katzenbach JR, Smith DK. The Wisdom of Teams: creating the high-performance organisation. Boston (MA): Harvard Business School, 1993.
9. McGrath JE. Social psychology: A brief introduction. New York: Holt, Rinehart and Winston; 1964.



Educação corporativa em tempos pandêmicos: remodelando o processo de ensino e aprendizagem com alternativas de baixo custo e alto desempenho

Paloma Rocha Reis^a, Widlani Sousa Montenegro^b, Gláucia Palácio^c

Resumo

A pandemia de covid-19 tem apresentado diversos desafios às instituições de saúde, tanto públicas quanto privadas. Entre esses desafios, está a necessidade de aumentar a rapidez e o alcance dos treinamentos voltados aos profissionais de saúde. Este estudo objetivou relatar as mudanças no processo de ensino e aprendizagem corporativo estimuladas pelo cenário de pandemia, bem como apontar os desafios e sucessos relativos a essas mudanças sob a perspectiva do baixo custo e do alto impacto. Tratou-se de estudo qualitativo do tipo relato de experiência, com análise descritiva e exploratória, realizado no período de março a dezembro de 2020 em uma unidade hospitalar de alta

^a Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA); mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela UFMA.

^b Graduação em enfermagem pelo Centro Universitário do Maranhão (Ceuma); mestrado em Princípios da Cirurgia pela Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná (FEPAR); pós-graduação em Terapia Intensiva pela Faculdade Redentor, pós-graduanda em Executivos em Saúde pela Fundação Dom Cabral.

^c Graduação em Medicina pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA); doutorado em Medicina (Radiologia Clínica) pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

complexidade em São Luís, Maranhão. Foram realizadas mais de 2 mil ações de treinamento específicas sobre covid-19 em um período de aproximadamente 20 dias, todas no formato de ensino a distância, que até então não fazia parte da cultura da instituição. De março a dezembro de 2020, foi realizado um total de 5.034 ações de treinamento a distância na instituição, com foco na equipe de enfermagem e boa recepção dos colaboradores. Para os treinamentos práticos presenciais, uma mudança foi determinante para o alto desempenho: o habitual cronograma de treinamentos foi substituído pela presença constante de seis educadoras, em regime de plantão, em todas as áreas críticas, de forma que os treinamentos fossem ministrados e sua retenção, avaliada na prática clínica dos profissionais. Embora emergencial e desafiadora, essa reestruturação dos processos educacionais da instituição gerou melhorias, ocasionando a remodelação permanente do projeto de educação corporativa.

Palavras-chave: Educação em desastres; Serviço Hospitalar de Educação; Capacitação em serviço; eLearning; EaD.

INTRODUÇÃO

A pandemia do covid-19, originada no continente asiático, teve o primeiro caso registrado no Brasil em fevereiro de 2020 no estado de São Paulo¹ e rapidamente avançou para o Norte e o Nordeste, as duas regiões mais pobres do país^d. O Nordeste, que representa 27% da população brasileira, chegou a apresentar cerca de um terço de todos os casos (34%) e dos óbitos (32%)² por covid-19 no Brasil – especificamente, o estado do Maranhão registrava 209.778 casos e 4.775 óbitos no dia 7 de fevereiro de 2021³. Tal situação tem demandado do sistema de saúde, tanto público como privado, rápidas ações de contenção, mas também de estruturação básica para o recebimento de casos. Assim, o cenário de pandemia impôs diversos desafios às instituições de saúde, entre os quais: adequações estruturais nos espaços para atender às demandas de isolamento; captação, contratação e capacitação de novos colaboradores; necessidade de aumentar a rapidez e o alcance dos treinamentos profissionais.

Nesse contexto, a educação corporativa reafirma-se enquanto área estratégica e transversal, uma vez que fomenta o alicerce processual de todas as áreas para

a entrega do produto-fim. Para o atendimento de todas as demandas emergentes da pandemia, a própria dinâmica educacional corporativa precisou rever seu processo e redesenhá-lo, uma vez que todos os outros processos educacionais da vertente de desenvolvimento tinham sido paralisados e a educação agora tinha apenas um viés situacional, de capacitação ágil para a situação de crise.

As habilidades mais requisitadas no período inicial da pandemia foram a adaptabilidade e a inovação, tanto dos colaboradores assistenciais, devido à alta necessidade de remanejamento entre setores, quanto dos profissionais que desempenhavam o papel de multiplicadores/treinadores, pois a nova realidade demandava uma dinâmica diferente da praticada habitualmente.

Todo esse processo de reestruturação precisava também atender a duas premissas básicas: baixo custo e alta desempenho. Como a crise sanitária veio acompanhada de crise econômica, os recursos a serem utilizados também precisavam estar galgados no preceito da sustentabilidade sem prejuízo ao desempenho, pois este implica diretamente a qualidade da assistência prestada e a sobrevida da população atendida.

^d "Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Coordenação de População e Indicadores Sociais (BR). Síntese de indicadores sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira [internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2020. Available from: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101760.pdf>. Segundo o relatório, a região Nordeste concentra 47,9% da pobreza no Brasil, seguida pela região Norte, com 26,1%.

Portanto, o objetivo geral deste artigo é relatar as mudanças no processo de ensino e aprendizagem corporativo estimuladas pelo cenário de pandemia, respeitando as premissas de baixo custo e alto desempenho.

MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo e qualitativo, do tipo relato de experiência, com a finalidade de integrar conhecimentos teóricos e práticos sobre a solidificação dos processos educacionais em uma unidade hospitalar de alta complexidade em período pandêmico.

A escolha pelo relato de experiência pauta-se na premissa de que, na construção do conhecimento científico, a generalização surge enquanto processo definido pelas relações teóricas, temporais e históricas e resulta na emergência de outras versões sobre o fenômeno em foco⁴.

Teve como unidade de análise o Hospital São Domingos Ltda., instituição da rede de saúde privada em São Luís, Maranhão. Atualmente, a instituição caracteriza-se como uma das maiores referências em atendimento de alta complexidade no estado do Maranhão, contando com 367 leitos em operação, 63 consultórios e 11 salas de cirurgia. O relato refere-se aos fatos e processos ocorridos na unidade hospitalar no período de março a dezembro de 2020.

Este artigo é dividido em quatro subitens, que se interligam de modo a apresentar os seguintes tópicos: Cenário e contexto; Capacitação ágil e EaD; Hands-on diferente; e Habilidades exigidas e mudança de cultura.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Cenário e contexto

Para tomadas de decisão mais ágeis e integradas com as principais diretorias do Hospital São Domingos, no

esforço de concentrar a governança no período crítico de pandemia, foi criado um comitê de crise institucional, do qual partiam todas as decisões e a comunicação com todas as áreas de apoio, inclusive a Educação Assistencial.

Foram criadas duas unidades de tratamento intensivo (UTIs), denominadas de campanha, para receber o contingente de pacientes graves da covid-19. Além disso, a fim de dar vazão ao aumento de demanda e suportar o alto índice de absenteísmo por atestado médico gerado no período, houve contratação temporária imediata e emergencial de mais de 200 profissionais de enfermagem.

Tanto a rede pública quanto a privada precisaram fazer contratações emergenciais, o que tornou escassa a mão de obra de enfermagem com experiência e forçou as instituições a absorver uma força de trabalho de recém-formados e profissionais com pouca ou nenhuma experiência assistencial prévia. Com o alto absenteísmo por afastamento médico, houve, ainda, uma alta necessidade de remanejamento entre as áreas, e profissionais que nunca haviam atuado em setores críticos precisaram enfrentar novos desafios.

Por se tratar de um cenário novo para todos, inclusive para as maiores referências em ciência e epidemiologia do mundo, a Organização Mundial da Saúde (OMS) emitia semanalmente novas recomendações. E, devido à necessidade de rígidas medidas de proteção e isolamento, novos equipamentos de proteção individual (EPIs) foram adquiridos, inclusive alguns de uso incomum, como macacões impermeáveis.

Todo o contexto acima elucidado foi determinante para a escolha e o planejamento das ofertas educacionais emergenciais apresentadas aos colaboradores do hospital, a fim de garantir a excelência e a qualidade no atendimento mesmo em momento tão crítico.

Capacitação ágil e EaD

O panorama do Hospital São Domingos no início da pandemia era de apenas dois enfermeiros-educadores

para treinamentos presenciais. Com a repentina mudança do cenário, o processo de implantação da educação a distância (EaD) teve que ser acelerado e simplificado, de modo a se adequar à estrutura tecnológica disponível naquele momento.

A cultura de EaD já vinha sendo gradativamente implantada para os colaboradores do hospital, em especial para a equipe de enfermagem. Porém, em virtude de não haver uma estrutura formal – uma plataforma –, o processo ainda ocorria de maneira discreta. Como seria possível realizar EaD sem uma plataforma estruturada? Seria possível porque o conceito de educação a distância não pressupõe uma ferramenta fixa, mas, sim, caracteriza-se como “modalidade educacional na qual alunos e professores estão separados, física ou temporalmente e, por isso, faz-se necessária a utilização de meios e tecnologias de informação e comunicação”⁵.

Na perspectiva da sustentabilidade econômica em período de crise, optou-se por não adquirir e implantar uma plataforma emergencialmente, e sim aprimorar os meios pelos quais já se difundia o *e-learning* (modalidade de EaD realizada com apoio de mídia eletrônica) na instituição.

Para a divulgação dos treinamentos mais críticos e de amplo espectro, houve parceria direta com a equipe de *marketing* e comunicação, com o disparo de avisos em massa e inserção de *links* no ambiente virtual da intranet da instituição a fim de simplificar o acesso.

Treinamentos no formato de *e-book* (livro eletrônico) e apresentação multimídia do Sway Microsoft Office, entre outros objetos de aprendizagem, passaram a ser distribuídos por meio de *links* em pastas públicas, aplicativos de mensagens instantâneas (como o

WhatsApp) e e-mail corporativo. O envio era realizado seletivamente para os públicos aos quais cada treinamento era destinado, de acordo com mapeamento prévio de áreas.

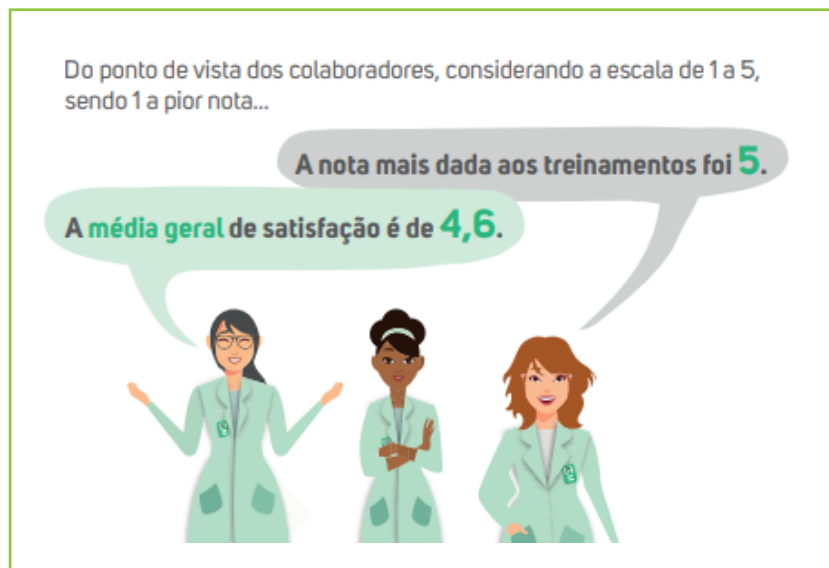
Mapear os públicos-alvo teve fundamental importância, pois, para que houvesse qualquer tipo de controle sobre os treinamentos difundidos, era essencial saber se aqueles que de fato necessitavam estavam tendo acesso ao conteúdo.

Foi estabelecida uma esteira de produção dos objetos de aprendizagem, cujas etapas até o processo de divulgação eram: a) abertura da demanda emergencial; b) avaliação de prioridade; c) plano de treinamento; d) roteirização dos objetos de aprendizagem; e) produção dos recursos; f) validação do Comitê de Crise; g) liberação para os colaboradores.

Nos treinamentos que requeriam maior quantidade de detalhes – e para melhor absorção do conteúdo, em face de se tratar de formação autoinstrucional –, utilizou-se o recurso de mídia audiovisual. Por exemplo, vídeos instrucionais eram criados para os treinamentos por demonstração, como os que abordavam os processos de paramentação e desparamentação, que foram demandas cruciais nesse período. Já para instruções curtas, optou-se por *e-books* ilustrados em formato PDF (*portable document format*), uma das alternativas mais rápidas, simples e de baixo custo.

Um dos diferenciais da produção de objetos de aprendizagem foi o *layout* empregado, previamente construído com *design* específico para treinamentos autoinstrucionais e com uma cartela de personagens que, além de favorecer a identificação dos colaboradores, permitia um discurso narrativo mais atrativo na apresentação de informações (Figura 1).

Figura 1: Personagens apresentando as notas de avaliação dos treinamentos EaD.



Fonte: Sistema EaD de treinamentos, 2021.

O resultado foi possível devido à aquisição prévia de um *designer* gráfico para atender exclusivamente as demandas educacionais.

Ter um aporte estético, ilustração e diagramação dedicadas fazem grande diferença na qualidade dos produtos entregues. Importante ressaltar que é comum que os núcleos de educação permanente em hospitais contem apenas com a contribuição de profissionais da enfermagem, que acabam tendo que desenvolver habilidades acessórias para suportar as demandas, porém, por vezes, criando objetos de aprendizagem com qualidade aquém da esperada. Assim, a adição de profissionais como *designers* gráficos e *designers* instrucionais é fundamental, principalmente em um contexto de implantação e fortalecimento da cultura de *e-learning* na instituição, pois uma interface amigável nos treinamentos pode determinar o sucesso de adesão a eles.

Outro ponto que agilizou a esteira de produção na tangente ao conteúdo foi o investimento prévio na formação de conteudistas. As próprias enfermeiras-educadoras do núcleo de educação já estavam em processo de formação como conteudistas havia cerca

de um ano, em um movimento de preparação para a transformação digital e a mudança da maioria dos treinamentos assistenciais para o modelo EaD.

A metodologia de criação adotada foi a denominada *Rapid Learning*, que permite que as instruções sejam desenvolvidas em menos de 30 minutos e que demonstra ser uma forte aliada em cenários desse tipo, desde que os profissionais imbricados na função já tenham uma noção prévia para essa condução planejada. A criação de planos de treinamento e a roteirização dos objetos são cruciais para uma melhor otimização dos recursos e uma menor taxa de falha no conteúdo transmitido.

Todos os treinamentos que visavam a amplo alcance, como os de orientações gerais sobre covid-19, destinados a todos os colaboradores – aproximadamente 3 mil colaboradores ativos, com exceção do corpo clínico –, foram realizados via EaD, com acompanhamento diário pelas diretorias para que a liderança fosse a força motriz de estímulo para a execução dos treinamentos nas áreas. Foram realizadas mais de 2 mil ações de treinamento EaD sobre covid-19 em um período de aproximadamente 20 dias, em uma instituição que, até então, não tinha uma cultura de EaD.

De março a dezembro de 2020, foram realizadas 5.034 ações de treinamento EaD na instituição, com foco principalmente na equipe de enfermagem. De forma geral, foi observada boa receptividade dos colaboradores, observando-se média geral de satisfação de 4,6, em uma escala de 1 a 5.

O controle da realização dos treinamentos autoinstrucionais foi otimizado por formulários de validação acoplados ao final de cada treinamento. O índice de adesão foi obtido a partir do cruzamento de informações com o mapeamento de colaboradores por área. Aos gestores das áreas, foi permitida a visualização do número de colaboradores participantes em cada treinamento, por meio de relatório detalhado.

É importante ressaltar que, mesmo sendo considerada uma experiência exitosa, observou-se que muitos líderes não compreenderam o benefício dos treinamentos autoinstrucionais, valorizando apenas os treinamentos presenciais como capazes de atingir verdadeiramente os objetivos de aprendizagem elencados. Naturalmente, estamos em meio a um processo vivo de transformação digital, que exige mudança de mentalidade dos líderes – mudança esta que só pode ocorrer com o fortalecimento do diálogo e a apresentação de evidências dos resultados positivos dessa metodologia.

Hands-on diferente

Devido à alta taxa de novos colaboradores e ao cenário de emergência, além da atuação não relacionada diretamente ao perfil profissional de contratação, havia uma necessidade real de realizar treinamentos práticos, os chamados *hands-on* (do inglês, mão na massa, aprender fazendo) que não podia ser ignorada.

O primeiro desafio era a baixa proporção de enfermeiras-educadoras para a quantidade de colaboradores a ser treinada. Por este motivo, houve a necessidade de expandir o grupo de enfermeiras-educadoras, o que foi feito com o remanejamento temporário de

enfermeiras que ocupavam cargos no núcleo de segurança e nos times assistenciais para o núcleo educacional. Essas profissionais foram preparadas para assumir a nova função, por meio de treinamentos e alinhamentos dos processos educacionais.

Para os treinamentos presenciais (*hands-on*), uma mudança essencial e determinante para o bom resultado foi não estabelecer um cronograma, como é usual para os treinamentos dessa natureza. Nesse momento, julgou-se necessário ter a presença permanente de uma educadora por área crítica pelo período de 24 horas. Desse modo, as seis educadoras foram distribuídas em regime de plantão para cobrir as unidades críticas, para que todos os dias os treinamentos pudessem ser ministrados e sua retenção, avaliada na prática clínica dos profissionais.

Foi realizado um planejamento dos treinamentos prioritários, sendo eleitas cerca de 30 capacitações que focavam as necessidades emergentes: ventilação, sedação, drogas vasoativas, mudança de decúbito, higiene bucal e medidas de precaução e isolamento.

Durante o plantão, as educadoras ministravam os treinamentos de maneira individual, devido à alta intensidade das atividades dos setores e à impossibilidade de reunir muitos colaboradores ao mesmo tempo para dispensar atenção ao treinamento. Dessa forma, as educadoras tinham um plano de treinamento para acompanhar individualmente cada colaborador, segundo o qual a ordem das instruções podia ser alterada de acordo com as necessidades iminentes dos profissionais e com o contexto assistencial.

Uma ficha de retenção com a demonstração de absorção dos conhecimentos transmitidos era preenchida pelas educadoras a fim de identificar os colaboradores que necessitavam de retreinamento ou de acompanhamento mais individualizado. Essa ficha de controle compunha a base estrutural de um portfólio do desenvolvimento do colaborador em tempo real, ferramenta que permitia a continuidade

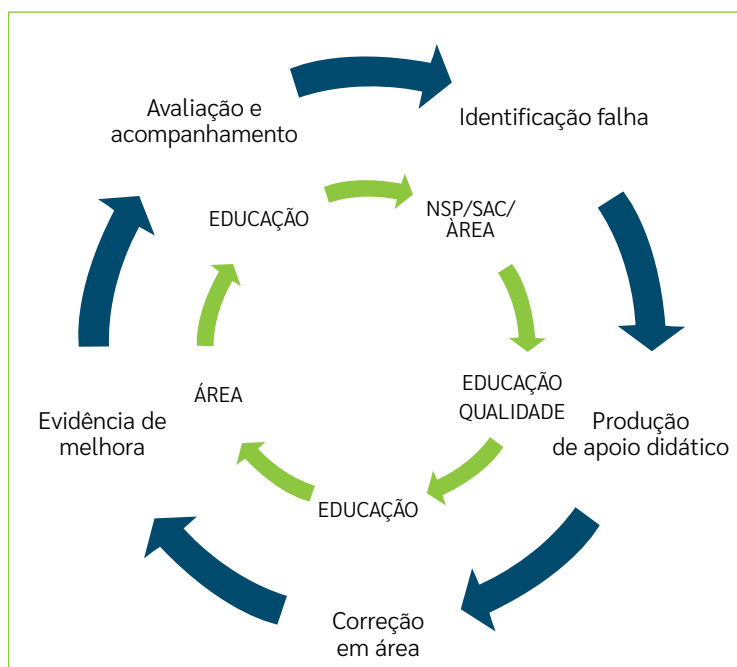
do acompanhamento no plantão seguinte – assim, todas as enfermeiras educadoras identificavam, de maneira mais íntima e real, as competências desenvolvidas pelo colaborador. Pelo registro diário na ficha, era possível observar o treinamento recebido, a receptividade e a demonstração, durante a assistência, do conhecimento transmitido. Esse controle também era repassado ao ser compilado para os líderes de áreas, possibilitando a identificação de perfis para realizar remanejamentos e corroborar ou não a extensão dos contratos temporários.

Esse modelo de treinamento foi determinante para o sucesso e o alto impacto das duas UTIs de campanha criadas, assim como da mudança do pronto-socorro para outra área física. A presença permanente das treinadoras nas áreas proporcionou aos novos colaboradores, além dos conhecimentos técnicos, segurança para a execução de tarefas e aporte emocional,

pois, muitas vezes, a educação serviu também como ponto de escuta para as angústias e os sofrimentos vivenciados em período tão nefasto para todos – a partilha de medos por parte dos novos colaboradores era especialmente recorrente. As demandas trazidas pela escuta diária realizada pela educação – que, embora vista pelos colaboradores como forte ponto de liderança, também era vista como fonte de acolhimento e suporte – facilitaram o planejamento de ações de apoio pelo Comitê de Crise.

Esse modelo de *hands-on* permitiu a vivência de um ciclo PDCA (*plan, do, check, act*) vivo, orgânico em toda sua essência, como mostra a Figura 2. O modelo adotado permitiu melhorias constantes no processo das UTIs de campanha, envolvendo todos os *stakeholders*. Essa presença forte de elementos da gestão da qualidade somente foi possível porque a própria Educação é setor componente da Gerência de Qualidade.

Figura 2: Modelo de acompanhamento e execução dos treinamentos *hands-on* nas UTIs de campanha.



Fonte: Autoria dos autores, 2021.

Em cerca de dez dias, foi possível a execução de mais de mil ações de treinamento *hands-on* para os 105 novos colaboradores alocados nessas duas áreas críticas.

O modelo de treinamento foi tão exitoso, que as lideranças das áreas solicitaram sua manutenção em períodos pós-críticos.

Habilidades exigidas e mudança de cultura

Algumas *soft skills* (habilidades socioemocionais) também foram necessárias para o efetivo enfrentamento do novo cenário e dos desafios que surgiam diariamente. As habilidades mais observadas em desenvolvimento nos colaboradores de modo geral foram: adaptabilidade, resiliência e autogestão do conhecimento.

Sem dúvida, a adaptabilidade foi a habilidade mais exigida: em um cenário em que todo o *status quo* havia sido destituído, as pessoas precisaram se adaptar aos postos de trabalho, às regras de convivência, ao jeito de receber informações e treinamentos, a novas funções e à rotatividade de setores, além da adaptação à vivência do medo de algo invisível, porém tão tangível para todos.

A palavra “adaptação” significa tornar-se mais adequado, ou congruente, por meio da mudança. Trata-se de uma qualidade de ordem superior, ou uma metacompetência, essencial para a eficácia na carreira⁶⁻⁷. Nunca vivenciamos um cenário que requeresse com tanta urgência que uma de nossas competências mais primárias aflorasse em tempo tão curto, pois era necessário sobreviver às intempéries da pandemia, em um cenário em que o desemprego também se fez presente. Ser adaptável foi, de fato, um diferencial para a sobrevivência no trabalho.

A resiliência inata do ser humano, que tem a necessidade de estar no mundo e se manter em meio às mais diversas condições, também se apresentou como competência profissional crucial. A resiliência permite ultrapassar barreiras de adversidades⁸, surgindo como um agente de proatividade que gera a capacidade de reinvenção e superação. Agir com resiliência é gerar competitividade⁹. O primeiro pico pandêmico exigiu alta capacidade de propor soluções rápidas e eficientes para os problemas que emergiam, e a resiliência foi uma habilidade altamente demonstrada pelos profissionais em diversos

campos de atuação dentro da instituição. O próprio Comitê de Crise precisou ser resiliente para comandar todo o processo.

Impossível falar de todo esse processo que exigiu adaptabilidade e resiliência sem tocar na necessidade de desenvolvimento de uma cultura da autogestão do conhecimento por parte dos colaboradores, ainda que de maneira forçosa. À medida que a EaD tomou espaço, os treinamentos presenciais foram sendo escalados apenas para os casos de alta prioridade, devido ao baixo contingente de treinadores e à própria demanda de distanciamento social. Com isso, os colaboradores tiveram que gerir seus treinamentos mapeados e adentrar o mundo dos autoinstrucionais.

O *self learning* – termo inglês que pode ser definido como autoaprendizagem ou como aprendizagem autorregulada, autodirigida ou autônoma – foi amplamente estimulado pelas lideranças e pela governança do hospital, iniciado enquanto cultura institucional a partir desse momento.

Todo o campo de conhecimento e *expertise* em educação corporativa tem discutido, avaliado e proposto soluções para os desafios trazidos pelo cenário pandêmico, e não é segredo o turbilhão de mudanças a que as empresas precisaram se adaptar para atravessar momento tão sensível. A própria Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp) pôs em pauta a questão das capacidades dinâmicas (*dynamic capabilities*), que tem se tornado tema central de discussão no setor nesse contexto, em que adaptar, mudar, (re)construir e (re)configurar são as competências exigidas para o manejo das adversidades. Nesse tocante, as capacidades digitais também protagonizam a discussão, pois são as que permitem caminhos plausíveis para atroz mudanças¹⁰.

O *e-learning* passou a fazer parte da realidade de diversas empresas e, apesar de ser um caso de sucesso, o fato é que a maioria dos líderes prefere

os treinamentos presenciais. Segundo a pesquisa *Panorama do Treinamento no Brasil 2019/2020*, realizada pela Associação Brasileira de Treinamento e Desenvolvimento (ABTD), 71% das companhias optaram por treinamentos presenciais, contra apenas 13% que preferiram o ensino a distância¹¹. Esse cenário demonstra que ainda há muito a ser percorrido para a implantação do *e-learning* enquanto cultura na gestão de conhecimento das empresas.

No que se refere às habilidades observadas e requeridas, como adaptabilidade, resiliência e autogestão do conhecimento, um estudo que teve como objetivo evidenciar a adaptabilidade do ser humano durante situações adversas, em um contexto de educação corporativa na pandemia, revelou que, para que se possam obter os êxitos dos ciclos de mudança, é necessário preparar-se mental e cognitivamente para eles. Algumas pessoas conseguem transitar por conta própria, outras precisam de ajuda e as mais avançadas oferecem ajuda, o que resulta em mudança, entregas colaborativas e transformação da consciência coletiva¹².

CONCLUSÃO

A forma pela qual os processos se modificaram e as soluções que emergiram de uma situação extremamente crítica foram, acima de tudo, desafiadoras, exigindo de todos tenacidade para a melhor articulação e a melhor condução dos processos. O contexto da pandemia de covid-19 caracterizou-se como um vetor de mudanças e melhorias permanentes, que, após essa experiência, devem ser mantidas. O projeto de educação corporativa do Hospital São Domingos foi remodelado após as vivências em questão, e a política educacional e a própria cultura de ensino da empresa terão fortes reflexos da construção coletiva realizada nesse período.

A partir do exposto, o movimento de transformação digital fica ainda mais claro e o cenário EaD, cada vez mais real e com terreno firme nas empresas, inclusive nas do ramo da saúde – mesmo que seja um campo onde o treinamento presencial é muito forte, devido à natureza conservadora de seus processos educacionais. Fica explicitada a necessidade de priorizar os treinamentos presenciais para situações e áreas críticas, a fim de promover o alcance equitativo à qualificação.

REFERÊNCIAS

1. Croda JHR, Garcia LP. Resposta imediata da Vigilância em Saúde à epidemia da COVID-19. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2020 [cited 2021 Feb 09]; 29(1): e2020002. <https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000100021>
2. Kerr L, Kendall C, Silva AAM, Aquino EML, Pescarini J M, Almeida R L Freitas de et al . COVID-19 in Northeast Brazil: achievements and limitations in the responses of the state governments. *Ciênc. Saúde Coletiva* [Internet]. 2020 Oct [cited 2021 Feb 09]; 25 (Supl 2): 4099-4120. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320202510.2.28642020>
3. Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão (BR). Boletim epidemiológico covid-19 [Internet]. 2021 Feb 21 [cited 2021 Feb 27]. Available from: <https://www.saude.ma.gov.br/boletins-covid-19>
4. Daltro MR, Faria AA. Relato de experiência: uma narrativa científica na pós-modernidade. *Estud. Pesqui. Psicol.* [Internet]. 2019 [cited 2021 Feb 27]; 19(1): 223-237. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812019000100013
5. Ministério da Educação (BR). O que é educação a distância? [Internet]. [cited 2021 Feb 27]. Available from: <http://portal.mec.gov.br/component/content/article?id=12823:o-que-e-educacao-a-distancia#:~:text=Educa%C3%A7%C3%A3o%20a%20dist%C3%A2ncia%20%C3%A9%20a,tecnologias%20de%20informa%C3%A7%C3%A3o%20e%20comunica%C3%A7%C3%A3o>
6. Savickas ML. Career adaptability: an integrative construct for life-space, life-span theory. *Career Development Quarterly* [Internet]. 1997 [cited 2021 Feb 27]; 45(3): 247-259. <https://doi.org/10.1002/j.2161-0045.1997.tb00469.x>

7. Morrison RF, Hall DT. Career adaptability. In: Hall DT, Careers in and out of organizations. Thousand Oaks (CA): Sage; 2002. p. 205-233.
8. Rutter, M. Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*. 1985; 147(6): 598-611.
9. Candiani ED. Características associadas com a resiliência: um estudo com gestores de micro e pequenas empresas [master's thesis]. Campo Limpo Paulista (SP): FACCAMP; 2017.
10. Constancio TI. Artigo – Educação corporativa “adaptada”. Associação Nacional de Hospitais Privados [Internet]. 2020 Apr 08 [cited 2021 Feb 27]. Available from: <https://www.anahp.com.br/noticias/covid-19/artigo-educacao-corporativa-adaptada/>
11. Associação Brasileira de Treinamento e Desenvolvimento (BR), Integração Escola de Negócios, Carvalho & Mello Consultoria Organizacional. Panorama do Treinamento no Brasil – 14ª edição – 2019/2020 [Internet]. 2019 [cited 2021 Feb 27]. Available from: https://hcbcomunicacao.files.wordpress.com/2019/12/panorama_td_2019_2020-.pdf
12. Rodrigues RG, Freitas VGG. Reflexões sobre método de gestão para educação corporativa em tempos de pandemia: criando agentes de mudanças. *Recite – Revista Carioca de Ciência Tecnologia e Educação* [Internet]. 2020 [cited 2021 Feb 27]; 5(especial): 20-22. Available from: <https://recite.unicarioca.edu.br/rccte/index.php/rccte/article/view/116/133>



Desafios da gestão de recursos humanos e a construção de cultura organizacional em um hospital público em modelo parceria público-privada*

Fernando Correia Simão^a, Larissa Giardini Bruni^b,
Carlos Alberto Garcia Oliva^c

Resumo

O desenvolvimento da cultura organizacional e de seus elementos é essencial para um melhor gerenciamento de organizações com alto grau de complexidade, particularmente em instituições com modelo de concessão parceria público-privada em que a um contrato de concessão administrativa que é gerenciada pelo parceiro privado e um contrato de gestão com o Estado, gerenciado por uma organização social de saúde. Nestes casos, entende-se que existe um grande desafio de gestão de recursos humanos quando se trata de aspectos de mudança na cultura organizacional, afinal a cultura refere-se a todos os colaboradores e permeia a empresa e as práticas nela realizadas.

* Hospital Regional de Sorocaba “Dr. Adib Domingos Jatene”.

^a Administrador de empresas; pós-graduação em Gestão de Pessoas pela Fundação Armando Álvares Penteado (FAAP).

^b Enfermeira; mestrado em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

^c Médico; doutorado em Pediatria e Ciências Aplicadas à Pediatria pela Universidade Federal de São Paulo (UPS); pós-doutorado no setor de Gastroenterologia Pediátrica, Hepatologia e Nutrição do Hospital Infantil Universitário La Paz da Universidad Autónoma de Madrid (Espanha).

O presente trabalho discute os desafios da gestão de recursos humanos na construção da cultura organizacional a partir do relato de experiência de um hospital público administrado em modelo parceria público-privada.

Palavras-chave: Recursos Humanos; Cultura Organizacional; Parcerias Público-Privadas.

INTRODUÇÃO

Para a implementação de mudanças nas estruturas organizacionais em busca de um melhor gerenciamento e administração de uma instituição, faz-se necessário conhecer a cultura organizacional e os elementos que constituem essa cultura. Reconhecer a própria cultura organizacional e seus valores é base para o gerenciamento ou administração das organizações em todos os níveis hierárquicos, pois é ela que define o caráter da instituição, por meio de um processo contínuo de amadurecimento em virtude, principalmente, das interações sociais. Uma vez conhecendo o impacto cultural de desejadas mudanças estratégicas, podem-se obter melhores ferramentas para implementação de mudanças nos pilares organizacionais como um todo¹.

A tomada de decisão é uma atribuição essencial do gestor da instituição e, mesmo que ele induza autoridade sobre aspectos operacionais, as decisões estratégicas continuarão sob sua responsabilidade direta. Do ponto de vista do processo decisório, sempre que um gestor de processos se defronta com a necessidade de decidir, o que se espera, em grande parte, é que a tomada de decisão tenha uma orientação racional².

Sob a ótica da racionalidade, o gestor de processos gerenciais toma as decisões com o objetivo de analisar todas as alternativas para fazer as melhores escolhas em um ambiente mapeado e conhecido. Nessa lógica, quando enfrenta uma situação que requer sua decisão, por definição, ele dispõe de todas as informações, conhece todas as alternativas e consegue antever todas as consequências de cada decisão possível³. Um dos pilares da gestão estratégica são processos

integrados, sistêmicos e interdependentes. E, para isso, é necessário que seja definido um sistema de indicadores de desempenho que convirjam com as ações estratégicas previamente definidas³.

Assim, entende-se que existe uma grande importância da área de recursos humanos (RH) quando se trata de aspectos de mudança na cultura organizacional, afinal, refere-se a todos os colaboradores, já que a cultura é algo que permeia a instituição e as práticas nela realizadas.

Nesse contexto, o artigo pretende discutir a gestão da cultura organizacional em um hospital público administrado no modelo de parceria público-privada (PPP) – termo frequentemente usado como um “teto” que abriga diferentes relações de colaboração entre atores públicos e privados para (supostamente) atingir objetivos comuns; embora não seja um conceito novo, não existe definição consensual na literatura³. A discussão parte do caso do Hospital Regional de Sorocaba (HRS), cujo RH tem o desafio de fazer a leitura de como a empresa opera e de como é seu processo de decisão e governança para definir qual é o melhor perfil da liderança para alcance dos objetivos. Desenvolver líderes para aumentar seu repertório e suas habilidades é o caminho da transição do presente para o futuro.

MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência no Hospital Regional de Sorocaba “Dr. Adib Domingos Jatene” (HRS), sob a ótica do gestor de recursos humanos da Organização Social de Saúde.

Desenho do estudo

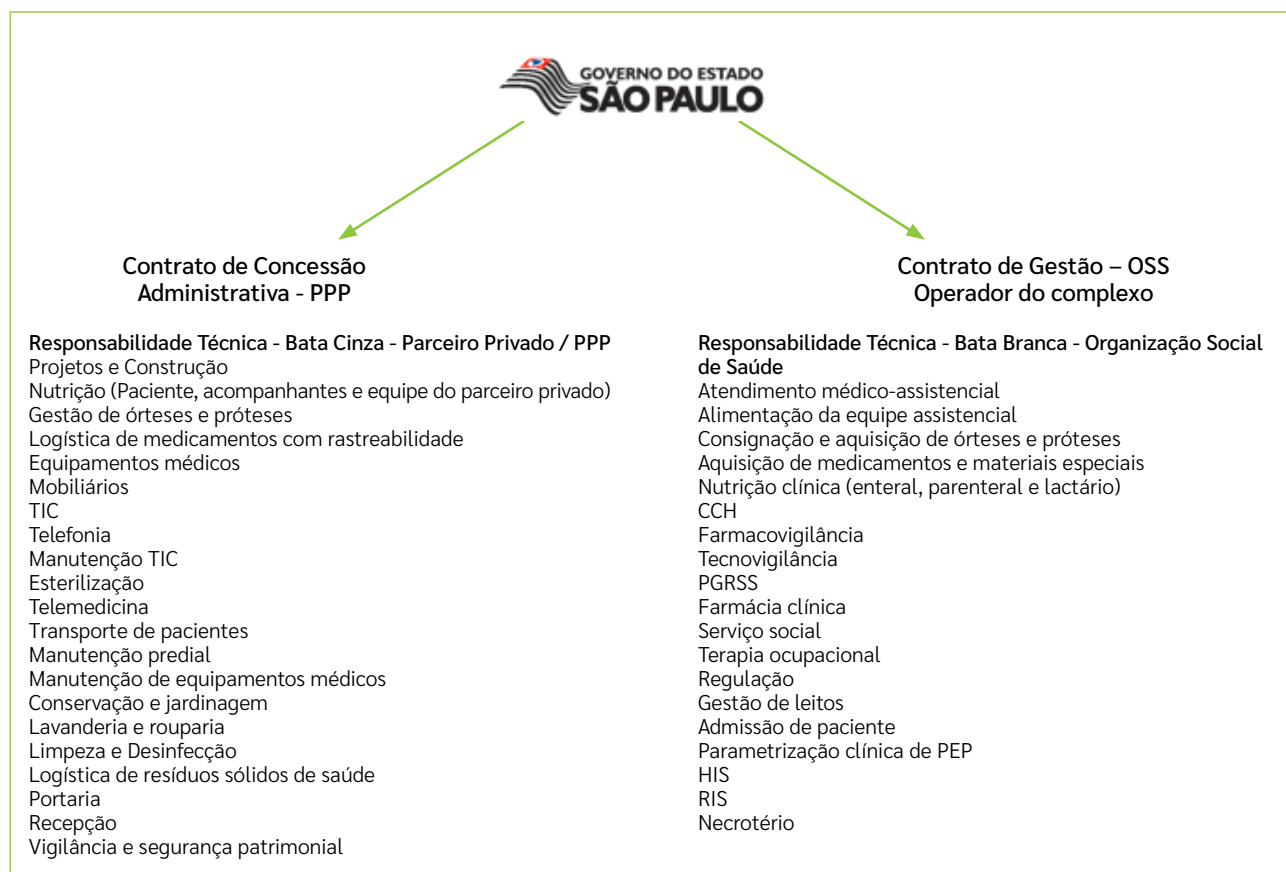
O HRS é uma unidade hospitalar de suma importância na busca por uma saúde pública de qualidade para a população, oferecendo serviços de média e alta complexidades em traumatologia, ortopedia, neurocirurgia e especialidades relacionadas a casos de urgência e emergência. Faz atendimento de referência na área de cobertura do Departamento Regional de Saúde de Sorocaba (SP), que abrange 48 municípios, além de outros 15 municípios das regiões de saúde Mananciais e Rota dos Bandeirantes, somando um total de aproximadamente 5.412.200 habitantes.

Trata-se de uma PPP cujo contrato de concessão administrativa pelo parceiro privado ocorreu no

ano de 2014, com a intenção de ampliar o atendimento da instituição com base em investimentos, construções e aquisições, e cuja criação na Coordenadoria de Serviços de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde se deu no dia 12 de julho de 2017. Em agosto de 2017, foi publicado o Edital de Chamamento Público, no qual foi selecionada a Organização Social de Saúde, uma organização social de saúde (OSS), para gerenciar o hospital com contrato “bata branca”.

A Figura 1 mostra a diferença entre os dois modelos de gestão: o Contrato de Concessão Administrativa – PPP (“bata cinza”) e o Contrato de Gestão – OSS operado por complexo (“bata branca”).

Figura 1: Modelos de gestão



Modelo de Concessão PPP

As PPPs são comumente apresentadas como um modelo inovador de gestão. De acordo com Buse e Walt⁴, a ideia de parcerias de desenvolvimento não é nova, e o termo teria sido cunhado em 1969 no relatório da Comissão Pearson, coordenado pelo ex-primeiro-ministro canadense Lester B. Pearson. Não havia colaboração público-privada em organizações multilaterais até a década de 1970, apenas algumas ocasionalmente estabelecidas entre doadores e governos nacionais.

Com a crise econômica de meados da década de 1970 e a ascensão mundial da perspectiva político-ideológica neoliberal, esse cenário começou a mudar. Liderados pelo Banco Mundial e pelo Fundo Monetário Internacional, os ajustes macroeconômicos estruturais da década de 1980 e as reformas setoriais a eles condicionadas abriram espaço para o setor privado nas políticas públicas⁵.

Em 1997, o *Relatório de Desenvolvimento Mundial* do Banco Mundial pregou a baixa eficácia dos Estados-nação na promoção do desenvolvimento porque a globalização econômica exigiria um Estado diferente daquele do pós-guerra. O Banco Mundial identificou a ineficácia da gestão estatal como o principal problema e argumentou que o papel central do Estado, ao contrário do que ocorreu após a Segunda Guerra Mundial, não era mais promover o desenvolvimento econômico e social ou prestar serviços diretamente, mas, antes, atuar como catalisador e mediador dessa evolução. Defendeu a necessidade urgente de reformas que se adaptassem às demandas e exigências de uma economia mundial globalizada, com uma estratégia de duas velocidades: focar primeiro as tarefas essenciais que o próprio Estado poderia cumprir, depois promover parcerias de capacidade adicional com empresas e sociedade civil. As agências e organizações internacionais poderiam promover e apoiar essas reformas por meio de assessoria técnica e apoio financeiro⁵.

No que diz respeito à área de saúde, a definição mais utilizada de PPPs globais foi desenvolvida por Buse e Walt, que, em geral, as definem como arranjos privados que muitas vezes incluem um terceiro, como organizações não governamentais (ONGs), sociedade civil e agências doadoras, bem como “agências intermediárias” para a gestão de fundos ou a coordenação da estrutura estabelecida⁴.

Diante da complexidade atual na garantia do direito à saúde aos indivíduos e das dificuldades do Estado em ofertar recursos para o seu mantimento, seja no aspecto político, econômico ou social, a trajetória histórica permitiu a aproximação do setor privado em administrações antes exclusivamente públicas. O Estado passou a ser o ente regulador e concedeu à iniciativa privada o apoio no desenvolvimento e expectativa de aumento da qualidade dos serviços prestados em saúde. A parceria público-privada, a PPP, surge do envolvimento entre órgãos públicos e privados na administração pública.

Parceiro público X parceiro privado

As duas empresas que administram o HRS possuem diferenças significantes em sua natureza jurídica, sendo a SPDM uma associação civil sem fins lucrativos, de caráter filantrópico, reconhecida de utilidade pública estadual, respectivamente pelos decretos n. 57.925, de 04 de março de 1966, n. 40.103 de 17 de maio de 1962, e n. 8.911, de 30 de julho de 1970; e a outra, uma sociedade anônima de capital fechado, com fins lucrativos.

Nesse sentido, o principal desafio do setor de recursos humanos do HRS é criar uma interação entre os colaboradores e minimizar as diferenças entre as empresas, criando um ambiente de trabalho mais agradável e cooperativo, além de disseminar os valores que devem pautar a comunicação, priorizando a qualidade e transparência das informações e a unificação do discurso institucional.

Alguns símbolos instituídos no início das atividades do hospital, como a utilização do refeitório por apenas parte dos colaboradores, mostram a diferenciação de tratamento entre as instituições. Outra particularidade é o processo de recrutamento e seleção de pessoal, com critérios diferenciados entre as empresas.

A divisão entre os setores são particularidades nesse novo modelo de gestão, tornando complexa a interação e a busca de um objetivo comum. As Figuras 2 e 3 demonstram a interação direta entre setores da OSS e parceiro privado:

Figura 2: Fluxo de interação entre “bata branca” e “bata cinza” na Farmácia do hospital.

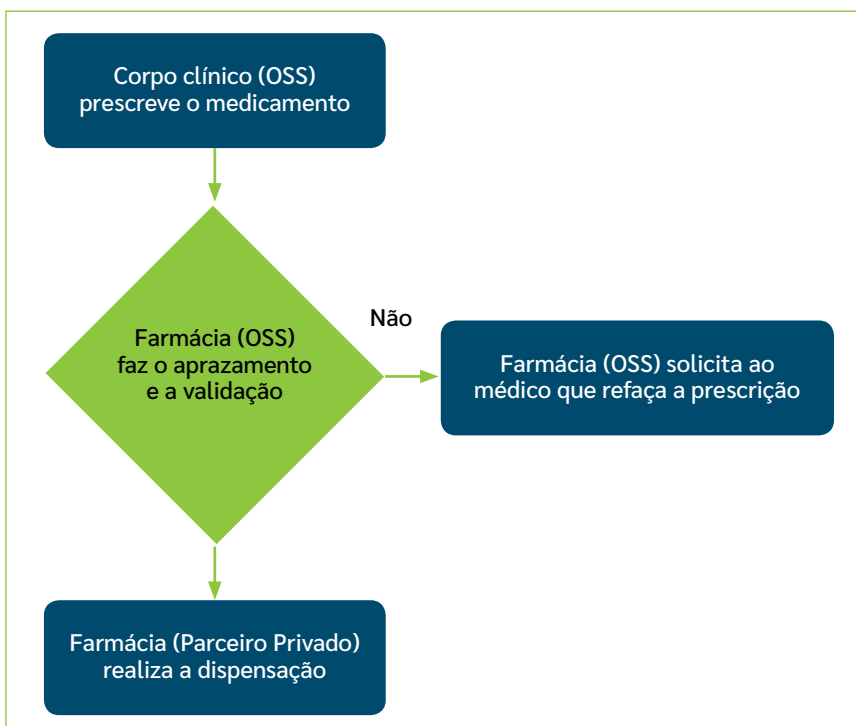
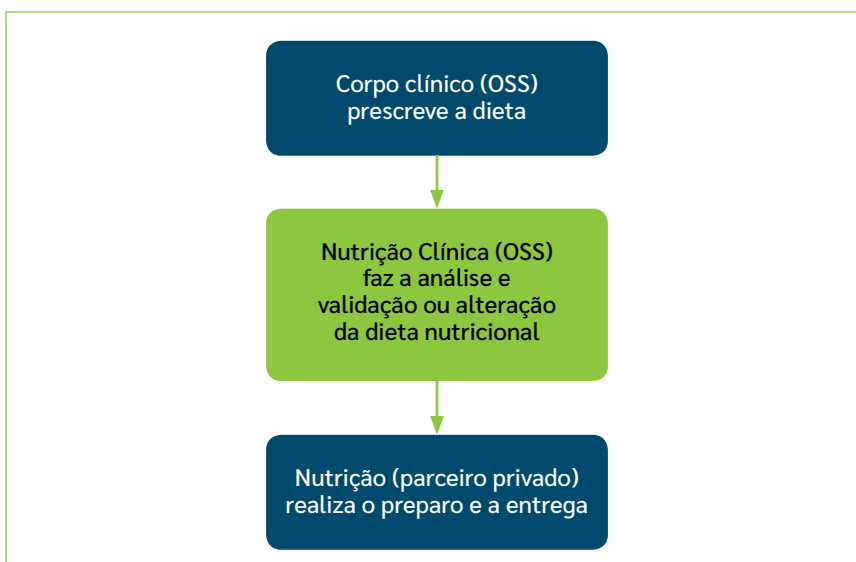


Figura 3: Fluxo de interação entre “bata branca” e “bata cinza” na Nutrição Clínica do hospital.



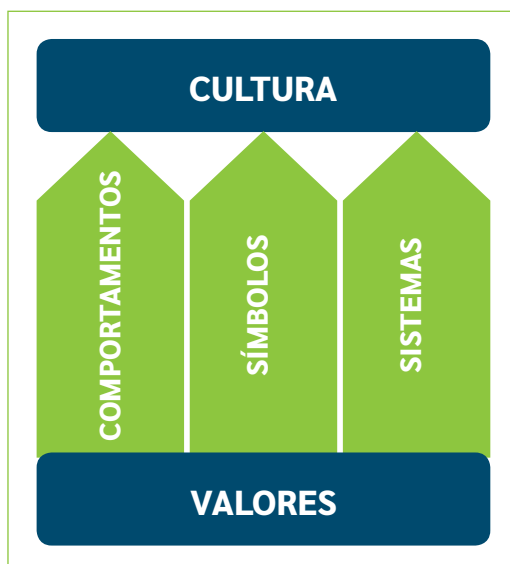
Cultura organizacional

Inicialmente, é importante compreender a diferença entre clima organizacional e cultura organizacional, visto que os termos muitas vezes são confundidos. Enquanto o clima se trata de uma condição temporária construída pelos indivíduos responsáveis por suas próprias decisões e ações dentro do ambiente organizacional, a cultura tem um papel normativo, mais relacionado com os valores adotados, e serve como um guia, uma orientação. A cultura organizacional auxilia na construção da identidade da organização e em sua capacidade adaptativa e de desenvolvimento, sendo importante em processos de mudanças. A cultura é, portanto, um elemento estável, mais difícil de ser

avaliada e mais resistente à mudança do que o clima organizacional. Desta forma, as mudanças na cultura são mais difíceis de implementar e mais profundas⁶.

As mensagens transmitidas aos colaboradores – e elas se originam de muitas fontes, a maioria não verbal – sobre o comportamento esperado deles moldam a cultura. Muitas organizações acreditam que a cultura tenha a ver com os valores estabelecidos que aparecem no relatório anual¹⁰, porém são essas mensagens que demonstram o que de fato é valorizado, o que é importante, o que as pessoas fazem para se ajustar, ser aceitas e ser premiadas. A Figura 4 ilustra as principais mensagens que moldam a cultura de uma organização.

Figura 4: Principais mensagens que moldam a cultura organizacional



As mensagens vêm de três grandes áreas: **comportamentos** (como os outros agem, especialmente aqueles que parecem ser importantes); **símbolos** (acontecimentos observáveis, artefatos e decisões aos quais as pessoas atribuem significados); e **sistemas** (mecanismos para gerenciar pessoas e tarefas).

Duas coisas a serem lembradas sobre isso:

1. Cultura tem a ver com mensagens, gerenciamento de cultura tem a ver com mensagem. Se você conseguir encontrar, e mudar, a fonte dessas mensagens suficientemente, mudará a cultura;
2. Cultura tem a ver com o que é realmente valorizado – demonstrado pelo que as pessoas fazem e dizem. Quando o “fazer” e o “falar” não estão alinhados, é o “fazer” que molda a cultura¹⁰.

RESULTADOS/ DISCUSSÃO

A gestão de pessoas, também conhecida como gestão de recursos humanos (HRM, na sigla em inglês), engloba as tarefas de recrutamento e gerenciamento de pessoal e fornecimento contínuo de suporte e orientação aos funcionários de uma organização. Essas tarefas podem incluir o seguinte: remuneração, contratação, gestão de desempenho, desenvolvimento organizacional, segurança, bem-estar, benefícios, motivação do funcionário, comunicação, administração e treinamento.

Se considerada como um sistema de processos lineares, a gestão de pessoas começa com a aquisição de talentos e a construção de equipes eficazes. Saber o propósito de cada equipe e de cada membro dentro dela é a chave para o sucesso e, ao construir equipes, é importante escolher as ferramentas certas para isso. Isso começa com a escolha das plataformas de recrutamento adequadas, criando uma marca de empregador na qual os candidatos confiam e com a qual desejam trabalhar e proporcionando uma experiência envolvente ao candidato⁷. Depois de incorporar o talento mais adequado, a etapa seguinte é treiná-lo e ajudá-lo a evoluir em seus conjuntos de habilidades para atender às necessidades em constante mudança do negócio. Investir em seu desenvolvimento também gera mais lealdade e comprometimento. Além disso, a criação da estrutura de equipe certa envolve definir processos, limites e uma estrutura robusta de funcionamento⁶.

Nesse contexto, a gestão de pessoas tem ganhado bastante força nos últimos tempos, pois gerenciar recursos humanos e potencializar a atuação de quem faz parte de uma empresa tornou-se um grande diferencial competitivo. Portanto, fazer essa gestão não se trata apenas de tentar satisfazer e motivar os colaboradores, mas de criar uma estratégia completa, que envolva toda a organização em busca do

desenvolvimento, da capacitação e da humanização de quem faz parte dela⁶.

Normalmente, a motivação é o ponto de partida e o combustível para os outros quatro pilares da gestão de pessoas (pilar da comunicação, pilar do trabalho em equipe, pilar das competências e pilar do desenvolvimento), uma vez que qualquer empresa depende do comprometimento individual de cada pessoa que dela participa. Um funcionário desmotivado faz muito menos do que pode e está sempre pronto para sair na primeira oportunidade possível. Não é este o perfil de trabalhador que as empresas procuram hoje; muito pelo contrário, a automotivação é um dos pontos essenciais procurados nos processos seletivos⁸.

A pandemia de covid-19 colocou sob os holofotes a função do RH, que agora precisa ser mais valioso e focado nos negócios. Se o RH não ajudar a criar valor de mercado para ajudar a empresa a ter sucesso com clientes, investidores e, agora, as comunidades, então não há local de trabalho. E, assim, o RH não tem valor em si, e sim, no que permite por meio dos relacionamentos com todas as partes envolvidas – que também mudaram. Os clientes são diferentes do que eram há um ano: buscam uma resposta rápida, acesso digital e a capacidade de se conectar de diversas maneiras. Os investidores estão colocando mais valor intangível na capacidade de resposta rápida e de agilidade. E as comunidades são cada vez mais rigorosas, focando a cidadania social de uma empresa e sua capacidade de ter sucesso⁹.

Em outubro de 2018, a partir de diagnóstico realizado pelo IQG – Health Services Accreditation, o setor de recursos humanos do HRS foi incumbido de construir uma cultura colaborativa, uma comunicação mais assertiva e a sinergia entre as equipes do hospital.

Pensando na mensagem que queríamos passar aos colaboradores e a simbologia da ação, criamos uma comissão de comunicação e eventos envolvendo um representante de cada concessionária. Foram definidos

os canais de comunicação do hospital, seguindo uma diretriz estratégica de comunicação interna, escrita e assinada pelas diretorias envolvidas, para que cada nível hierárquico soubesse para quem e como reportar suas demandas.

De acordo com Taylor¹⁰, se valorizamos um relacionamento harmonioso, as atitudes precisam refletir isso, sendo educadas, atenciosas e, talvez, às vezes evitando dizer aos outros algo que possa causar atrito no relacionamento. Assim, entendemos que durante o processo de mudança cultural, é necessário trabalhar duro na mudança de comportamentos, tanto os próprios quanto os alheios.

As ações sociais também foram essenciais para o fortalecimento da marca e o orgulho de pertencimento por parte de nossos colaboradores, tais como campanha do agasalho, campanha do dia das crianças, arrecadação de *kits* de higiene pessoal para acompanhantes e pacientes e a campanha Natal Solidário. Essas ações proporcionaram visitas a instituições beneficentes locais para a entrega das arrecadações, como Vila dos Velhinhos, Casa Transitória André Luiz e Casa do Menor de Sorocaba.

Ainda de acordo com o Taylor¹⁰, é importante entender os símbolos porque a interpretação de eventos é seguida de uma percepção prévia do que é valorizado. Desta forma, estas ações foram utilizadas como uma validação da percepção de valores.

A *employee value proposition* (EVP)¹², “proposta de valor ao colaborador”, foi a estratégia escolhida para reter nossos talentos e diminuir nossa rotatividade. Com base nessa estratégia, desenvolvemos alguns benefícios que agregam valor ao colaborador. Com a preocupação de atrair e reter bons profissionais, adotamos como premissa o aproveitamento interno: de janeiro de 2019 a dezembro de 2020, o HRS teve mais de 50 vagas abertas internamente e mais de 40 colaboradores foram promovidos.

A entrevista de desligamento foi uma das ferramentas que nos ajudaram a identificar os principais motivos de desligamento por iniciativa do empregado. Esses dados são tabulados e disponibilizados para as diretorias responsáveis, que analisam e tomam as ações necessárias.

Ulrich et al.¹¹ destacam que a tendência dos profissionais de RH é continuar gerando valor dentro da organização, ajudando os empregados a encontrar sentido e bem-estar no trabalho – trata-se do conceito de experiência do empregado ou de reumanização do RH. Nesse sentido, fizemos o levantamento do perfil epidemiológico e o mapeamento dos CIDs (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde) com base nos atestados médicos entregues pelos colaboradores. A partir desse levantamento, desenvolvemos o Programa de Promoção a Saúde e Qualidade de Vida no Trabalho – *Equilíbrio*, com atendimentos como reiki, auriculoterapia, orientação nutricional, *quick massage*, ginástica laboral, educação financeira, pilates solo e palestras de conscientização, entre outras atividades. Com essas ações, buscamos um maior engajamento dos profissionais a partir de sua valorização, da diminuição das doenças provenientes do trabalho e da melhora em sua saúde física e emocional.

Com o surgimento da covid-19, no início de 2020, foi preciso suspender os atendimentos do programa *Equilíbrio*, porém o diretor técnico do hospital criou, com envolvimento de alguns setores, dentre eles o de recursos humanos, o programa *Estamos Juntos – Covid-19*, com foco no auxílio biopsicossocial. Os atendimentos psicológicos iniciaram-se no dia 2 de abril de 2020 e ocorreram em regime de plantão, com dois horários distintos, a fim de oferecer atendimento de apoio emergencial e disponibilizar escuta ativa, acolhimento e orientação ao colaborador diante de situações de crise que refletissem em seu bem-estar biopsicossocial. Houve 19 atendimentos a colaboradores, sendo que dois deles tinham demandas sociais que também foram atendidas pelo programa.

Já os atendimentos sociais tiveram início no dia 3 de abril de 2020, também em dois plantões distintos, a fim de acolher e avaliar a condição socioeconômica dos colaboradores, identificar suas necessidades e avaliar as possibilidades de auxílio abertas pela diretoria da instituição. Além disso, os atendimentos forneciam orientações quanto a benefícios e programas sociais, esclareciam dúvidas e realizavam os encaminhamentos necessários. Foi concedido um total de oito auxílios financeiros, com o adiantamento do 13º salário a colaboradores que levaram a demanda tanto ao plantão social como a outros canais de comunicação.

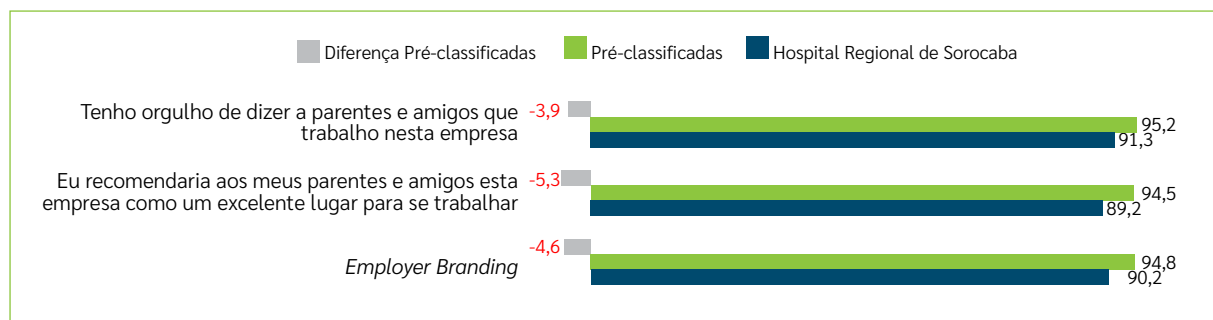
A avaliação de desempenho foi outra ferramenta que se mostrou necessária em ambas as concessionárias, com mapeamento das competências essenciais para as lideranças e demais cargos. Essas avaliações de desempenho são realizadas quando o colaborador completa um ano na instituição; a partir do levantamento é feito um Plano de Desenvolvimento Individual (PDI). Já para capacitar as lideranças, desenvolvemos um PDL – Programa de Desenvolvimento de Liderança com foco na formação de habilidades técnicas e gerenciais.

Conforme Taylor¹⁰, uma mudança crucial no pensamento é que a cultura é formada por tudo o que é feito no negócio. Cada comportamento e cada decisão enviam mensagens, e estas mensagens são interpretadas pelas pessoas na organização como um reflexo do que é valorizado, que, por sua vez, muda o comportamento e a decisão das demais.

Nesse sentido, realizamos ações para difundir e garantir que a cultura do *compliance* (conformidade) seja entendida e cumprida por todos os colaboradores. Tais ações incluíram treinamentos periódicos e a entrega do manual de conformidade administrativa, esclarecendo as regras de forma transparente e efetiva.

Em outubro de 2020, a OSS do HRS conquistou a certificação de Qualidade do Ambiente de Trabalho da Atmosfera FIA. A concessão do certificado foi baseada no resultado da pesquisa *FIA Employee Experience* (FEEEx), que atribuiu à instituição Índice de Clima Organizacional (I-CO) de 78,4. No Gráfico 1, observa-se que os colaboradores da OSS gostam de trabalhar no HRS e sentem orgulho disso, o que significa que reconhecem que a empresa é um excelente lugar para se trabalhar.

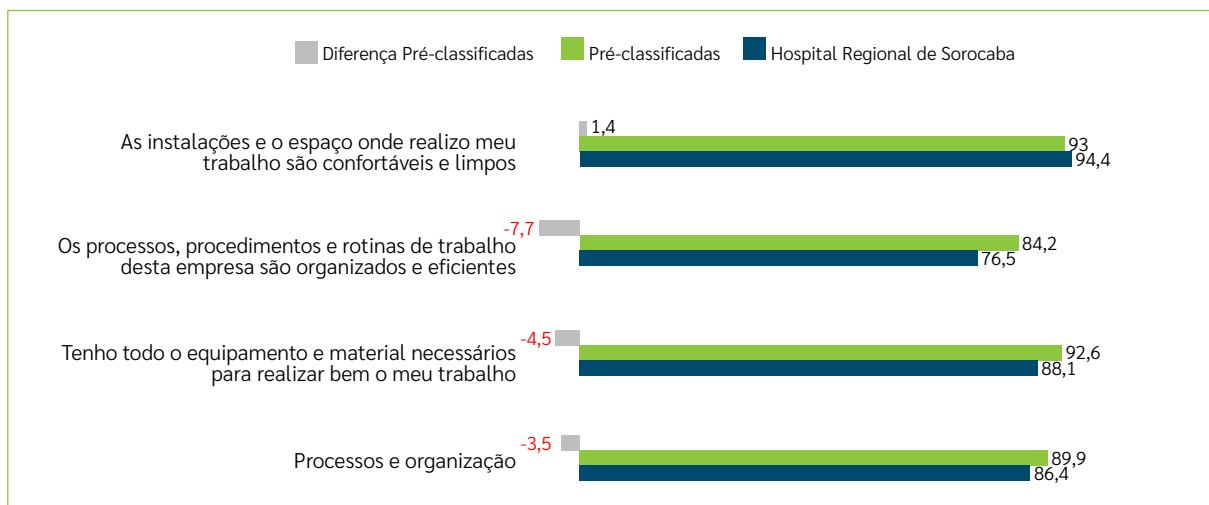
Gráfico 1: Employer Branding OSS.



Fonte: Dados da pesquisa Qualidade do ambiente de trabalho da atmosfera FIA, 2020.

Outro ponto da pesquisa que se destaca é que os colaboradores identificaram que nossos processos,

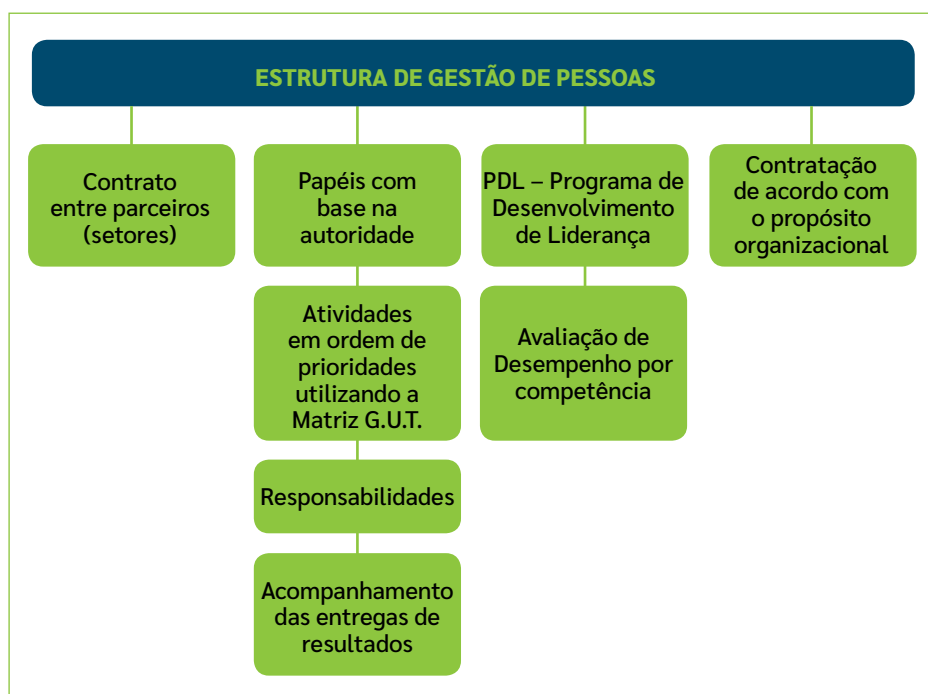
procedimentos e rotinas de trabalho são organizados e eficientes, como demonstra o Gráfico 2.

Gráfico 2: Processos e organização OSS.

Fonte: Dados da pesquisa Qualidade do ambiente de trabalho da atmosfera FIA, 2020.

Pensando no cenário pós-pandemia, em que as empresas e, em especial, os hospitais precisarão se reinventar, um dos principais desafios da gestão de recursos humanos para 2021 é trabalhar os papéis e as responsabilidades com os gestores,

comunicando claramente suas atividades, definindo metas, oferecendo *feedback* negativo e positivo, desenvolvendo competências comportamentais e habilidades técnicas, conforme estrutura da Figura 5.

Figura 5: Estrutura de gestão de pessoas – OSS.

CONCLUSÃO

Para que a cultura organizacional convirja com a missão da instituição, é de extrema importância o envolvimento do setor de recursos humanos, ao qual cabe fazer a leitura de como a empresa opera, de como são os processos de decisão e de governança da empresa e de qual é a missão do próprio RH na melhoria dessa governança. A liderança é um meio para isso, e não um fim – ou seja, desenvolver os líderes aumentando seu repertório e suas habilidades é o caminho para a transição do presente para o futuro, e o RH é o mediador que faz a leitura do que a empresa é e ajuda a projetar e preparar os líderes que vão ajudar a empresa a atingir outro patamar. Portanto, com o apoio da governança da empresa, o RH tem que construir um programa que

dará sustentação a novos comportamentos, que só vão existir se conseguirmos gerar novos pensamentos e provocar situações que fazem com que as pessoas pensem diferente. O RH possui ferramentas que ajudam os líderes a gerar insights novos para que novos comportamentos sejam adotados na direção que a empresa deseja.

Outro ponto é a clareza nas definições no conteúdo disposto no contrato pactuado entre as partes evita conflitos de gerência que, por sua vez, podem causar dificuldades em uma governança bipartida. O trabalho do ente público, no conceito da PPP como regulador, deve ser também de mediador dos interesses das partes e da resolução de conflitos administrativos ou mesmo de interesse.

REFERÊNCIAS

1. Barney JB, Hesterly WS. Administração estratégica e vantagem competitiva: casos brasileiros. São Paulo: Pearson; 2007.
2. Sordi JO. Gestão por processos: uma abordagem da moderna administração. 4 ed. São Paulo: Saraiva; 2014.
3. Magaldi S, Neto JS. O novo Código da Cultura: transformação organizacional na gestão do amanhã. São Paulo: Editora Gente; 2019.
4. Buse K, Walt G. Global public-private partnerships: Part 1 – A new development in health? Bulletin of the World Health Organization [Internet]. 2000 [cited 2021 Feb 27]; 78(4): 549-561. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/268107>
5. Levit A. O profissional do amanhã. [place unknown]: UBK Publishing House; 2020.
6. Gomes ACP, Menezes IG. Clima organizacional: uma revisão histórica do construto. Psic. Rev. [Internet]. 2010 [cited 2021 Feb. 2021]; 16(1): 158-179. <https://doi.org/10.5752/P.1678-9563.2010v16n1p158>
7. Ribeiro AL. Gestão de pessoas. Curitiba: Saraiva Educação; 2017.
8. Knapik J. Gestão de pessoas e talentos. Curitiba: Ibpex; 2008.
9. Green D. Episode 51: The Future of HR with Dave Ulrich, Brigitte McInnis-Day (Google) and Rupert Morrison (orgvue). The Digital HR Leaders [podcast]. 2101 Jan 12 [cited 2021 Jan 15]. Available from: <https://www.myhrfuture.com/digital-hr-leaders-podcast/2021/1/12/the-future-of-hr-with-dave-ulrich-brigitte-mcinnis-day-google-and-rupert-morrison-orgvue>
10. Taylor C. Walking the talk: building a culture for success. The Learning Organization; 2005.
11. Ulrich D, Kryscynski D, Ulrich M, Brockbank W. Competencies for HR professionals who deliver outcomes. Employment Relations Today [Internet]. 2017 [cited 2021 Feb. 27]; 44(2): 37-44. <https://doi.org/10.1002/ert.21623>
12. Osterwalder A, et al. Value proposition design: how to create products and services customers want. Wiley Ed.; 2014.

Impactos do ambiente de trabalho nos profissionais de enfermagem e perspectivas atuais*

Mara Marcia Machado^a, Adriana Freitas Silva^b, Lucianna Reis Novaes^c,
Geovana Magalhães Ferecini Tomasella^d

Resumo

O objetivo deste estudo foi discutir e avaliar os fatores relacionados ao ambiente de trabalho na prática profissional da equipe de enfermagem e sua relação com a incidência da síndrome de *burnout* entre enfermeiros. Para tal avaliação, foram utilizadas as escalas de Ambiente da Prática Profissional e a de *Maslach Burnout Inventory*, aplicadas a profissionais de enfermagem de um hospital de alta complexidade. A partir da análise dos resultados da pesquisa, foram identificados como principais fatores estressantes no ambiente de trabalho a participação da enfermagem em assuntos hospitalares e a adequação de pessoal e recursos. Esses aspectos interferiram na percepção de exaustão

* IQG Health Services Accreditation; São Paulo, SP; Brasil

^a Graduação em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP); pós-graduação em Administração Hospitalar e Auditoria em Saúde; *Chief Knowledge Officer* no IQG Health Services Accreditation; responsável técnica pelo Programa Brasileiro de Segurança do Paciente; membro do Comitê Internacional da Accreditation Canada.

^b Graduação em Enfermagem Universidade do Grande ABC (UniABC); pós-graduação em Gestão em Prevenção e Controle de Infecção pelo Instituto Brasileiro de Controle de Infecção; pós-graduação em Gestão e Controle do Ambiente Hospitalar Universidade Federal de São Paulo (Unifesp); pós-graduação em Docência e Pedagogia no Ensino Superior pela Universidade Cruzeiro do Sul (Unicsul).

^c Graduação em Enfermagem pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas); pós-graduação em Estomatoterapia pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp); pós-graduação em Administração Hospitalar pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP).

^d Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar); mestrado e doutorado em Enfermagem em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP).

emocional e na despersonalização, além de terem provocado sentimentos de baixa realização profissional na equipe. Tais achados podem contribuir para a melhoria do ambiente de trabalho na enfermagem, favorecendo a priorização de ações para a transformação do ambiente da prática profissional em um local de menor índice de esgotamento.

Palavras-chave: Pesquisa de clima organizacional; Burnout; Esgotamento; Estresse; Gestão de pessoas; Enfermagem.

INTRODUÇÃO

O modelo da prática profissional da enfermagem deve estar embasado em uma estrutura que permita aos enfermeiros aplicar seus conhecimentos na realização de atividades assistenciais e gerenciais, tornando-os mais integrados nas relações com os pacientes, com os outros profissionais e com a instituição¹.

As pesquisas sobre as características do ambiente de trabalho que favorecem a prática profissional da enfermagem surgiram no início da década de 1970 e, desde então, vêm sendo agregadas a resultados positivos, como menor taxa de mortalidade², menor taxa de rotatividade da equipe e menores índices de *burnout*^{3,6}, com consequente satisfação profissional^{4,6}.

A enfermagem, por sua própria natureza, depara-se no dia a dia com situações complexas relacionadas à gestão do cuidado e requer do enfermeiro a busca constante de conhecimentos, exercício da autonomia e suporte organizacional para poder assegurar a qualidade da assistência. Entretanto, nem sempre tais atributos estão presentes no ambiente de trabalho, o que pode repercutir negativamente no cuidado dos pacientes, no profissional e na instituição^{2,3}.

Não são somente os aspectos operacionais que tornam o trabalho de enfermagem desgastante. Observam-se também as exigências relativas à responsabilidade para com seus pacientes, no aspecto tanto físico quanto moral, social e psicológico, além do fato de a enfermagem muitas vezes possuir pouco prestígio na organização⁸. Outro fator é o contato direto com a dor, o sofrimento e a morte, o que exige desse profissional um controle emocional maior se comparado a outras profissões^{5,6}.

Uma das consequências negativas de ambientes de trabalho desfavoráveis é a ocorrência da síndrome de *burnout*, que pode ser definida como uma resposta do organismo a altos índices de estresse, podendo gerar consequências físicas, psíquicas e sociais³. Especialmente com relação à equipe de enfermagem, faz-se necessário identificar os fatores causadores de elevados níveis de estresse que possam levar ao esgotamento, já que a enfermagem atua em grande parte do tempo na assistência direta ao paciente, convivendo com sofrimento e exposição à indisponibilidade de recursos, além de lidar com reduções na oferta de mão de obra funcional⁷.

Como implicações da síndrome de *burnout*, identificam-se a exaustão emocional definida pela falta de energia e o sentimento de esgotamento de recursos emocionais, a despersonalização caracterizada pela impessoalidade, o sentimento de indiferença completa, e a diminuição da realização profissional provocada por uma autoavaliação negativa com relação a situações de ordem tanto profissional como pessoal⁷.

Entender os fatores relacionados ao estresse progressivo no trabalho faz-se necessário para que medidas sejam tomadas a fim de prevenir a ocorrência de *burnout* e mitigar seus danos, especialmente no ambiente de trabalho da enfermagem.

OBJETIVOS

Avaliar os impactos do ambiente da prática profissional na equipe de enfermagem e a presença do risco para *burnout* em um hospital de alta complexidade. A partir dos resultados, buscar ações estratégicas que orientem a transformação positiva do ambiente de trabalho.

MÉTODO

A pesquisa foi realizada em um hospital geral da cidade de São Paulo, Brasil, no período de dezembro de 2020 a janeiro de 2021, compreendendo 273 profissionais de enfermagem participantes do Programa de Certificação em Enfermagem – IQG *Health Services Accreditation*.

Foram aplicadas as escalas de Ambiente da Prática (*Professional Practice Environment Scale of the Nursing Work Index – PES/NWI*) e a de *Maslach Burnout Inventory* (MBI).

A primeira escala utilizada foi a PES/NWI, traduzida e validada para a realidade brasileira. Este instrumento é capaz de reconhecer o ambiente de trabalho e reunir as percepções que a equipe tem da instituição. O questionário é composto por 31 questões, divididas em cinco dimensões: participação da enfermagem em assuntos hospitalares; fundamentos de enfermagem para a qualidade do atendimento; capacidade do enfermeiro gestor, liderança e apoio aos enfermeiros; adequação de pessoal e de recursos; e relações de trabalho positivas entre enfermeiros e médicos⁶.

As respostas às questões são de livre escolha, na forma da escala psicométrica de Likert, em que cada resposta corresponde a uma pontuação: discordo totalmente (pontuação um), discordo (pontuação dois), concordo (pontuação três) e concordo totalmente (pontuação quatro). A partir da média obtida para cada uma das dimensões, obtém-se o que são considerados ambientes favoráveis à prática profissional da enfermagem: 2,5 em quatro ou cinco subescalas. Ambientes que pontuam acima de 2,5 em duas ou três subescalas são considerados mistos, e os que pontuam acima de 2,5 em nenhuma ou em apenas uma subescala são considerados desfavoráveis à prática profissional da enfermagem⁶.

A segunda escala aplicada foi a MBI, também validada para a realidade brasileira e que é aplicável a todos os profissionais da saúde, em todas as áreas de atuação, com dimensões em três níveis: exaustão emocional; despersonalização; e realização profissional. O questionário da MBI possui 22 afirmações, também com respostas de livre escolha na forma da escala Likert: nunca, raramente, algumas vezes, frequentemente e sempre, cuja pontuação varia de zero a

cinco, respectivamente. Para todos os itens, é realizada a somatória das dimensões: exaustão emocional, despersonalização e realização profissional. Para cada uma das dimensões, o nível do risco é calculado em baixo, médio e alto⁶.

As pesquisas foram aplicadas a todas as categorias profissionais de enfermagem do universo participante: enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem. O número total de colaboradores (população total) para cálculo de amostra válida foi de 321. O número mínimo de respostas para um índice de confiabilidade de 95% foi de 176. Foi realizada análise descritiva de todas as variáveis, utilizando-se média, desvio-padrão e valores mínimo e máximo, segundo a distribuição das variáveis quantitativas, frequências e porcentagens para variáveis qualitativas.

Foram utilizadas as correlações de Pearson e Spearman, segundo as variáveis, para examinar a força e a direção das relações bivariadas entre as variáveis-chave do estudo. Por último, foi feita uma análise de regressão logística multivariável. O nível de significância estatística foi fixado em $p < 0,05$, e foi utilizado o pacote estatístico Minitab 19.0.

RESULTADOS

Características dos participantes

Participaram da pesquisa 172 auxiliares e técnicos de enfermagem (63%) e 101 enfermeiros (37%), totalizando uma amostra de 273 profissionais. Destes, 194 são formados na área há mais de dez anos. Com relação ao tempo de atuação na mesma instituição, foi observada maior proporção daqueles com mais de cinco anos (173; 63,4%); relativamente ao tempo de permanência no cargo atual, foi encontrada maior proporção daqueles com mais de cinco anos (162; 59,3%).

Grande parte dos participantes era da área assistencial (262; 96%), atuando em escala 12 x 36 horas (194; 71,1%) e no turno de trabalho matutino (121; 44,3%), e não possuía outro vínculo empregatício (216; 79,1%). Os setores representados com maior número de profissionais participantes foram a Unidade de Internação Clínica (33%) e as Unidades de Terapia Intensiva Adulto (18,7%).

Tabela 1: Características dos participantes da pesquisa.

VARIÁVEIS		Nº	%
Categoria Profissional	Aux. / Tec. de enfermagem	172	63,00
	Enfermeiro	101	37,00
Tempo de formação na área de enfermagem	0 a 1 ano incompleto	2	0,73
	1 a 3 anos incompletos	11	4,03
	3 a 5 anos incompletos	11	4,03
	5 a 10 anos incompletos	55	20,15
	10 ou mais anos	194	71,06
Tempo que trabalha nesta instituição	0 a 1 ano incompleto	20	7,33
	1 a 3 anos incompletos	50	18,32
	3 a 5 anos incompletos	30	10,99
	5 ou mais anos	173	63,37
Tempo que trabalha no cargo atual	0 a 1 ano incompleto	22	8,06
	1 a 3 anos incompletos	58	21,25
	3 a 5 anos incompletos	31	11,36
	5 ou mais anos	162	59,34
Formação complementar	Não	180	65,93
	Sim	93	34,07
Cargo	Administrativo	3	1,10
	Assistencial	262	95,97
	Gestão (Gerência, Coordenação ou Supervisão de Enfermagem)	8	2,93
Área de trabalho	Administrativa (TI, SAME, Faturamento, SCIH, Qualidade, Auditoria, Educação, Gestão de leitos)	5	1,83
	Hospital-Dia	6	2,20
	Unidade de Pronto Atendimento	7	2,56
	Apoio diagnóstico (Imagem, Endoscopia e Colonoscopia, Medicina Nuclear, Laboratório, Hemodinâmica)	19	6,96
	Atendimento ambulatorial	29	10,62
	Unidade de Internação Cirúrgica	32	11,72
	Bloco cirúrgico (Centro Cirúrgico, Central de Materiais e Esterilização, Agendamento cirúrgico)	34	12,45
	Unidades de Terapia Intensiva Adulto	51	18,68
	Unidade de Internação Clínica	90	32,97
Jornada de trabalho (por dia)	12 X 36h	194	71,06
	13 X 36h	17	6,23
	6 X 1h	37	13,55
	Horário Comercial	25	9,16
Turno de trabalho	Administrativo	13	4,76
	Matutino	121	44,32
	Noturno	102	37,36
	Vespertino	37	13,55
Possui outro vínculo empregatício	Não	216	79,12
	Sim	57	20,88

Ambiente de trabalho

O grupo de enfermagem qualificou a capacidade do enfermeiro gestor, de liderança e de apoio aos colaboradores ($M=2,71$, $DP=0,66$) como a característica mais favorável presente no ambiente da prática, seguida pelas relações entre equipe de enfermagem e médico ($M=2,63$, $DP=0,65$) e fundamentos para a prática de qualidade em enfermagem ($M=2,63$, $DP=0,44$). A adequação de pessoal e recursos ($M=1,93$, $DP=0,61$) e a participação da enfermagem em assuntos do hospital ($M=2,35$, $DP=0,54$) foram qualificadas como as características menos favoráveis desse ambiente.

As características mais favoráveis ao ambiente de trabalho apontadas pelos técnicos e auxiliares de enfermagem foram: as relações equipe de enfermagem-médico ($M=2,70$, $DP=0,60$) e os fundamentos para a prática de enfermagem ($M=2,59$, $DP=0,46$).

Tais descobertas, portanto, mostraram um ambiente laboral misto, com três das subescalas com média superior a 2,5, indicando como pontos mais desfavoráveis a participação da enfermagem em assuntos hospitalares e a adequação de pessoal e recursos, como pode ser observado na Tabela 2.

Tabela 2: Análise das dimensões do ambiente de trabalho conforme características dos participantes.

CATEGORIAS / DIMENSÕES		Dimensão 1: Participação da enfermagem em assuntos hospitalares		Dimensão 2: Fundamentos de enfermagem para a qualidade do atendimento		Dimensão 3: Capacidade do enfermeiro gestor, liderança e apoio aos enfermeiros		Dimensão 4: Adequação de pessoal e recursos		Dimensão 5: Relações de trabalho positivas entre equipe de enfermagem e médicos		Composição do ambiente de trabalho	
		M*	DP**	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
Formação	Aux. / Tec. enfermagem	2,39	0,55	2,59	0,46	2,44	0,66	2,12	0,61	2,70	0,60	2,46	0,49
	Enfermeiro	2,35	0,54	2,63	0,44	2,71	0,66	1,93	0,61	2,63	0,65	2,47	0,47
Tempo de formação na área de enfermagem	0 a 1 ano incompleto	1,67	0,67	1,85	0,75	2,10	1,10	1,75	0,75	1,83	0,83	1,83	0,79
	1 a 3 anos incompletos	2,43	0,52	2,74	0,35	2,69	0,69	2,09	0,54	2,39	0,85	2,52	0,45
	3 a 5 anos incompletos	2,34	0,49	2,59	0,33	2,67	0,53	1,95	0,58	2,67	0,65	2,46	0,48
	5 a 10 anos incompletos	2,57	0,49	2,75	0,38	2,73	0,58	2,20	0,62	2,73	0,59	2,62	0,40
	10 ou mais anos	2,33	0,55	2,56	0,46	2,47	0,69	2,01	0,61	2,68	0,60	2,42	0,44
Tempo que trabalha nesta instituição	0 a 1 ano incompleto	2,83	0,36	2,92	0,28	2,97	0,34	2,38	0,64	2,83	0,65	2,82	0,33
	1 a 3 anos incompletos	2,58	0,59	2,73	0,54	2,81	0,57	2,27	0,71	2,81	0,56	2,65	0,53
	3 a 5 anos incompletos	2,47	0,52	2,64	0,41	2,62	0,58	2,17	0,51	2,54	0,74	2,51	0,43
	5 ou mais anos	2,25	0,51	2,52	0,42	2,39	0,70	1,93	0,57	2,64	0,60	2,36	0,45

continua...

Tabela 2: Continuação...

CATEGORIAS / DIMENSÕES		Dimensão 1: Participação da enfermagem em assuntos hospitalares		Dimensão 2: Fundamentos de enfermagem para a qualidade do atendimento		Dimensão 3: Capacidade do enfermeiro gestor, liderança e apoio aos enfermeiros		Dimensão 4: Adequação de pessoal e recursos		Dimensão 5: Relações de trabalho positivas entre equipe de enfermagem e médicos		Composição do ambiente de trabalho	
		M*	DP**	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
Tempo que trabalha no cargo atual nesta instituição	0 a 1 ano incompleto	2,78	0,37	2,90	0,28	2,99	0,33	2,38	0,62	2,83	0,62	2,80	0,32
	1 a 3 anos incompletos	2,55	0,57	2,71	0,51	2,80	0,57	2,22	0,68	2,72	0,60	2,61	0,51
	3 a 5 anos incompletos	2,54	0,44	2,69	0,30	2,71	0,54	2,20	0,47	2,67	0,61	2,58	0,33
	5 ou mais anos	2,23	0,52	2,51	0,44	2,35	0,70	1,92	0,58	2,63	0,63	2,34	0,47
Formação complementar	Não	2,39	0,55	2,59	0,46	2,44	0,66	2,11	0,61	2,68	0,61	2,45	0,49
	Sim	2,36	0,54	2,63	0,44	2,72	0,67	1,94	0,61	2,66	0,64	2,48	0,48
Cargo	Administrativo	2,41	0,37	2,73	0,12	2,80	0,16	2,33	0,31	3,00	0,27	2,63	0,17
	Assistencial	2,37	0,56	2,60	0,46	2,51	0,67	2,06	0,62	2,67	0,63	2,45	0,49
	Gestão	2,50	0,25	2,81	0,21	3,28	0,36	1,69	0,46	2,75	0,46	2,64	0,14
Área de trabalho	Administrativo	2,60	0,33	2,80	0,14	3,36	0,43	1,75	0,32	2,73	0,25	2,68	0,18
	Apoio diagnóstico	2,46	0,38	2,62	0,36	2,51	0,47	2,24	0,48	2,67	0,45	2,51	0,36
	Atendimento ambulatorial	2,72	0,42	2,92	0,43	2,97	0,40	2,53	0,52	2,92	0,60	2,82	0,36
	Bloco cirúrgico	2,40	0,58	2,50	0,46	2,32	0,61	1,98	0,63	2,64	0,61	2,39	0,49
	Hospital-Dia	2,06	0,49	2,45	0,48	2,37	0,48	1,46	0,49	1,83	0,74	2,12	0,44
	Unidade de Internação Cirúrgica	2,09	0,43	2,51	0,37	2,34	0,61	1,95	0,46	2,48	0,67	2,29	0,38
	Unidade de Internação Clínica	2,34	0,55	2,60	0,44	2,60	0,73	1,95	0,59	2,66	0,63	2,45	0,48
	Unidade de Pronto Atendimento	2,16	0,76	2,34	0,58	2,17	0,71	1,82	0,79	2,38	0,70	2,19	0,66
	Unidades de Terapia Intensiva Adulto	2,42	0,55	2,58	0,46	2,44	0,68	2,12	0,66	2,84	0,50	2,48	0,50

continua...

Tabela 2: Continuação...

CATEGORIAS / DIMENSÕES		Dimensão 1: Participação da enfermagem em assuntos hospitalares		Dimensão 2: Fundamentos de enfermagem para a qualidade do atendimento		Dimensão 3: Capacidade do enfermeiro gestor, liderança e apoio aos enfermeiros		Dimensão 4: Adequação de pessoal e recursos		Dimensão 5: Relações de trabalho positivas entre equipe de enfermagem e médicos		Composição do ambiente de trabalho	
		M*	DP**	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
Jornada de trabalho (por dia)	12 X 36	2,33	0,56	2,56	0,44	2,49	0,69	1,96	0,59	2,63	0,63	2,41	0,48
	13 X 36	2,18	0,55	2,42	0,51	2,24	0,76	1,97	0,72	2,51	0,74	2,27	0,53
	6 X 1	2,63	0,46	2,81	0,46	2,74	0,55	2,49	0,55	2,99	0,34	2,72	0,42
	Horário Comercial	2,52	0,43	2,73	0,40	2,83	0,43	2,15	0,52	2,67	0,67	2,60	0,36
Turno de trabalho	Administrativo	2,50	0,27	2,63	0,28	2,77	0,54	1,96	0,35	2,69	0,65	2,53	0,19
	Matutino	2,46	0,57	2,67	0,43	2,67	0,58	2,11	0,63	2,66	0,66	2,53	0,47
	Noturno	2,21	0,50	2,47	0,42	2,27	0,70	1,91	0,59	2,65	0,55	2,31	0,45
	Vespertino	2,53	0,56	2,73	0,57	2,76	0,69	2,27	0,63	2,75	0,65	2,62	0,56
Outro vínculo empregatício	Não	2,36	0,53	2,59	0,44	2,52	0,66	2,02	0,60	2,65	0,63	2,44	0,46
	Sim	2,43	0,60	2,64	0,50	2,60	0,74	2,15	0,68	2,77	0,60	2,52	0,54
Total Geral		2,38	0,55	2,60	0,45	2,54	0,67	2,05	0,62	2,67	0,62	2,46	0,48

* M: Média **DP: Desvio padrão.

As dimensões da pesquisa de ambiente de trabalho da enfermagem foram comparadas às características dos participantes, analisando-se a distribuição da amostra e os níveis de significância entre os grupos. Para cada uma das dimensões avaliaram-se a média e o desvio padrão, de acordo com as características dos participantes da pesquisa.

Para a primeira dimensão, relativa à participação da enfermagem em assuntos hospitalares, observaram-se percepções negativas por técnicos e enfermeiros; e positivas para a prática dos profissionais atuantes em sua área de formação de cinco a dez anos, bem como para os profissionais com até três anos atuando na instituição.

Nota-se que, quanto maior o tempo de atuação no hospital ou no cargo atual, pior foi a percepção do ambiente. Observaram-se percepções positivas de

profissionais com jornada de trabalho 6 X 1 ou no horário comercial, quando comparadas às percepções de profissionais das demais jornadas. O grupo do período noturno apresentou as piores percepções quando comparado aos grupos de outros períodos.

Na segunda dimensão, relativa aos fundamentos de enfermagem para a qualidade do atendimento, observaram-se percepções positivas por parte de técnicos e enfermeiros. Houve médias significativamente menores por parte dos profissionais com menor tempo de formação e aqueles atuantes no Pronto Atendimento ou no período noturno.

Na terceira dimensão, referente à capacidade do enfermeiro gestor, liderança e apoio aos enfermeiros, observaram-se percepções negativas de técnicos e enfermeiros, com médias significativamente menores

entre os profissionais com maior tempo de formação profissional, maior tempo de trabalho na instituição e maior tempo no cargo atual.

Destacam-se as médias negativas no bloco cirúrgico, Unidade de Internação Cirúrgica e Pronto Atendimento. Da mesma forma que nas demais dimensões, a percepção do período noturno foi a pior quando comparada às demais.

A adequação de pessoal e recursos (quarta dimensão), recebeu percepções negativas de técnicos e enfermeiros, havendo médias significativamente menores para os profissionais com maior tempo de formação profissional e maior tempo na instituição.

Observaram-se médias mais altas na quinta dimensão – relações de trabalho positivas entre equipe de

enfermagem e médicos – quando comparadas às das demais dimensões. Os profissionais com menor tempo de atuação (menos de três anos) na área da enfermagem apresentaram médias menores, bem como aqueles atuantes na Internação Cirúrgica e no Pronto Atendimento.

Inventário de Maslach Burnout (MBI)

As dimensões da pesquisa MBI foram representadas em níveis de risco baixo, médio e alto, como exposto na Tabela 3. Nela, nota-se que 65,2% dos profissionais estavam em médio ou alto risco para exaustão emocional. Já na segunda dimensão, despersonalização, esta proporção foi de 59,7%. Quando se analisa a realização profissional, 77,7% possuem baixa ou média realização profissional.

Tabela 3: Análise das dimensões do MBI conforme características dos participantes.

CATEGORIAS / DIMENSÕES		Níveis de Exaustão emocional			Níveis de Despersonalização			Níveis de Realização profissional		
		Alto	Médio	Baixo	Alto	Médio	Baixo	Alto	Médio	Baixo
Formação	Aux. / Tec. enfermagem	22	82	68	11	81	80	44	100	28
	Enfermeiro	21	53	27	16	55	30	17	55	29
Tempo de formação na área de enfermagem	0 a 1 ano incompleto	1	0	1	1	1	0	2	0	0
	1 a 3 anos incompletos	2	2	7	1	5	5	4	5	2
	3 a 5 anos incompletos	0	7	4	19	6	5	1	9	1
	5 a 10 anos incompletos	9	23	23		31	18	10	29	16
	10 ou mais anos	31	103	60	19	93	82	44	112	38
Tempo que trabalha nesta instituição	0 a 1 ano incompleto	1	4	15	1	8	12	8	10	2
	1 a 3 anos incompletos	3	21	26	1	24	24	12	30	8
	3 a 5 anos incompletos	2	18	10	19	16	12	4	23	3
	5 ou mais anos	37	92	44	0	88	62	37	92	44

continua...

Tabela 3: Continuação...

CATEGORIAS / DIMENSÕES		Níveis de Exaustão emocional			Níveis de Despersonalização			Níveis de Realização profissional		
		Alto	Médio	Baixo	Alto	Médio	Baixo	Alto	Médio	Baixo
Tempo que trabalha no cargo atual nesta instituição	0 a 1 ano incompleto	1	5	16	0	10	12	9	11	2
	1 a 3 anos incompletos	4	24	30	2	29	27	13	35	10
	3 a 5 anos incompletos	2	18	11	1	17	13	3	25	3
	5 ou mais anos	36	88	38	24	80	58	36	84	42
Formação complementar	Não	24	86	70	12	85	83	46	104	30
	Sim	19	49	25	15	51	27	15	51	27
Cargo	Administrativo		2	1	1		2	1	2	
	Assistencial	41	127	94	24	131	107	59	148	55
	Gestão	2	6		2	5	1	1	5	2
Área de trabalho	Administrativa	2	3			3	2	1	4	
	Apoio diagnóstico	3	8	8	1	9	9	2	12	5
	Atendimento ambulatorial	2	10	17	1	14	14	4	21	4
	Bloco cirúrgico	5	18	11	3	15	16	9	19	6
	Hospital-Dia	1	4	1	1	4	1	2	1	3
	Unidade de Internação Cirúrgica	5	18	9	2	16	14	8	20	4
	Unidade de Internação Clínica	15	51	24	11	46	33	19	47	24
	Unidade de Pronto Atendimento	3	1	3	2	3	2	3	2	2
	Unidades de Terapia Intensiva Adulto	7	22	22	6	26	19	13	29	9
Jornada de trabalho (por dia)	12 X 36	32	98	64	17	100	77	50	104	40
	13 X 36	3	12	2	6	7	4	1	10	6
	6 X 1	4	10	23	1	17	19	8	25	4
	Horário Comercial	4	15	6	3	12	10	2	16	7
Turno de trabalho	Administrativo	2	11	0	2	7	4	1	9	3
	Matutino	17	60	44	6	59	56	33	68	20
	Noturno	19	53	30	14	54	34	20	56	26
	Vespertino	5	11	21	5	16	16	7	22	8
Outro vínculo empregatício	Não	38	103	75	26	101	89	51	115	50
	Sim	5	32	20	1	35	21	10	40	7
Total		43	135	95	27	136	110	61	155	57

Na dimensão de exaustão emocional, observam-se níveis mais elevados de exaustão no grupo de enfermeiros comparados aos níveis do grupo de técnicos. Nota-se que, quanto maior o tempo de atuação na profissão, instituição ou cargo, maior é o risco para exaustão.

Também foram encontrados índices notadamente maiores nas áreas de gestão ou administrativas quando comparadas às assistenciais, em profissionais atuantes nas internações clínicas e cirúrgicas, no turno noturno, nas jornadas de trabalho 12 X 36 e, ainda, em profissionais com formação complementar.

Para a despersonalização, os níveis mais elevados estão entre os enfermeiros quando comparados aos profissionais técnicos. Tal como na dimensão de exaustão, nota-se que, quanto maior o tempo de atuação na profissão, instituição ou cargo, maior é o risco para a despersonalização. Foram encontrados índices consideravelmente maiores dessa dimensão nas áreas de gestão ou administrativas do que nas assistenciais, e também em profissionais atuantes nas internações clínicas e cirúrgicas, turno noturno, jornadas de trabalho 12 X 36 e com formação complementar.

Para a realização profissional, os maiores índices encontram-se entre os profissionais técnicos de

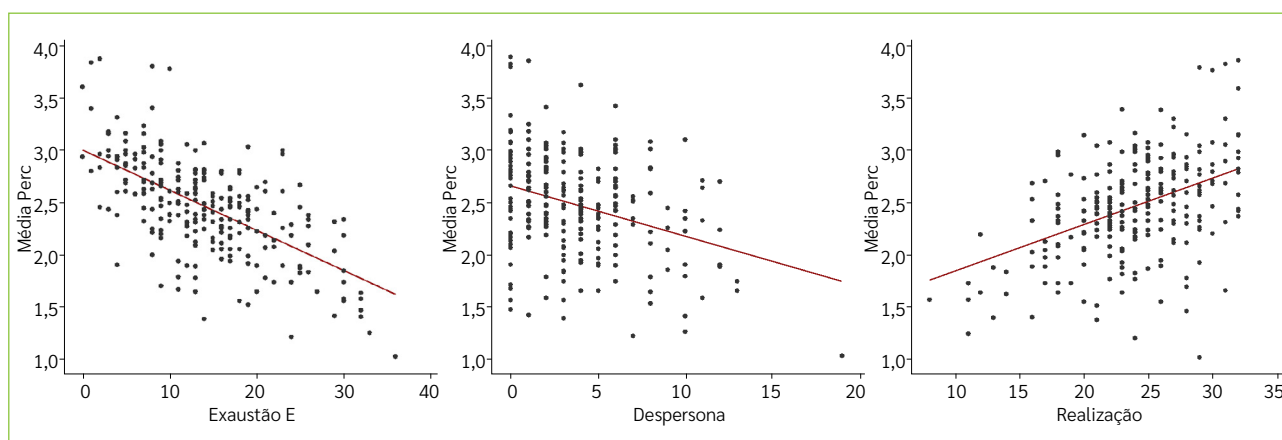
enfermagem. Repete-se aqui o padrão de insatisfação: quanto maior o tempo de atuação na profissão, instituição ou cargo, menor é a realização profissional. Não ter formação complementar, possuir outro vínculo empregatício e trabalhar no período diurno em escala 6 X 1 são fatores que apoiaram a percepção de maior realização profissional.

Análise comparativa entre Ambiente de Trabalho e Inventário de Maslach Burnout (MBI)

Os Gráficos 1, 2 e 3 demonstram a correlação entre a média da Pesquisa de Ambiente de Trabalho e todas as dimensões da escala do MBI. Houve associação significativa desse inventário às subescalas da PES/NWI de exaustão emocional, despersonalização e realização profissional, conforme os gráficos, e Alpha de Chronbach de -0,8884, 0,6619 e 0,5514, respectivamente.

Dessa forma, observa-se que, quanto maior o risco para exaustão emocional e despersonalização, menor é a percepção positiva do ambiente de trabalho da enfermagem. Quanto maior a realização profissional, mais frequente é a percepção de um ambiente de trabalho positivo.

Gráficos 1, 2 e 3: Exaustão emocional, Despersonalização e Realização Profissional conforme percepção do ambiente de trabalho na enfermagem.



DISCUSSÃO

A partir dos dados coletados, observa-se que a participação autônoma da enfermagem em decisões à frente do cuidado, bem como relacionadas à qualidade e à segurança, apresentam efeito protetor ao risco de *burnout*. O desenvolvimento ativo e o embasamento profissional para o cuidado, estruturados em bases teóricas fundamentadas, também proporcionam igual efeito protetor.

O fortalecimento dos líderes, além do suporte dado por eles em situações conflitantes ou críticas à prática profissional, mantém forte relação com o bem-estar no trabalho. O reconhecimento profissional é uma das percepções observadas pela equipe de enfermagem como importante para a sustentação de ambientes da prática positivos. A satisfação também pode ser favorecida pelo inter-relacionamento entre pares, principalmente na figura do médico, mas também por parte da equipe multiprofissional, de acordo com os resultados.

A importância do tempo para a realização do trabalho e a adequação do número de pessoas para a prática foram ressaltadas pelos participantes desta pesquisa, o que demonstra a percepção de desperdícios no processo de trabalho.

Todas essas questões, quando não estabelecidas adequadamente, favorecem o esgotamento físico e emocional, tornando cada vez mais frequente o sentimento de culpa, o desestímulo e alterações emocionais entre os profissionais de saúde.

Monitorar o nível de estresse e os motivos que o geram é fundamental para orientar ações de reversão e prevenção do risco do estabelecimento da situação de insatisfação. Das pessoas que participaram da pesquisa, 48% percebem-se em médio ou alto risco para dois fatores de *burnout* (exaustão emocional e despersonalização).

Ao se constatar que 65,2% dos profissionais de enfermagem apresentam alta ou média exaustão emocional, 59,7% apresentam alta ou média despersonalização e 77,66% têm baixa ou média realização profissional, fica evidente a necessidade de definição de ações de melhoria do ambiente, mitigando, assim, efeitos deletérios na saúde física, psíquica e social desses profissionais e, ao mesmo tempo, tornando o trabalho mais produtivo e eficiente^{3,8}.

De acordo com 52% dos profissionais que participaram da pesquisa, o ambiente de trabalho não é favorável para a enfermagem. Esse achado interfere diretamente no aparecimento de *burnout*, considerando as informações descritas na literatura, que apontam que, em ambientes onde a enfermagem percebe a presença de características favoráveis à prática profissional, menores são os níveis de *burnout*^{4,6}.

CONCLUSÃO

O ambiente de trabalho tem impactos importantes no bem-estar do profissional e, quando se apresenta desfavorável, pode desencadear processos importantes de estresse que, se não forem adequadamente gerenciados, resultarão em esgotamento.

A pesquisa foi aplicada em um momento com impactos de ordem social e psíquica e de destacada alteração da prática cotidiana em função da pandemia da covid-19, o que reflete a necessidade de discutir mais amplamente os impactos no ambiente de trabalho e suas consequências para os profissionais da enfermagem.

Assim, é essencial a compreensão, frente a uma crise epidemiológica, sobre a importância do protagonismo da enfermagem, não apenas para um maior reconhecimento da categoria, mas para posicionar sua relevância no âmago da gestão dos serviços de saúde. A sustentabilidade estratégica das instituições perpassa diretamente pelo olhar sobre este grupo,

que está à frente do cuidado nas 24 horas de atenção ao paciente e representa grande parte dos profissionais das instituições de saúde brasileiras.

A construção de um modelo da prática de enfermagem pautado na coordenação da equipe interdisciplinar, na medicina baseada em valor, no cuidado centrado nas necessidades do paciente e na melhoria da qualidade (e não na tarefa) apoiará um ambiente de trabalho favorável à prática profissional.

Embora seja um desafio, o redesenho do modelo assistencial e o reposicionamento do serviço de enfermagem exige considerar que o maior aliado para a transformação de uma assistência que agregue valor ao paciente é um ambiente de trabalho favorável à implementação das práticas de enfermagem.

Inúmeras são as características do ambiente de trabalho que interferem negativamente no cenário atual do trabalho da enfermagem no Brasil, tais como: déficits no quadro de pessoal por altos índices de *turnover* e absenteísmo; duplo emprego; alta carga de trabalho; presença de riscos ocupacionais; elevada carga mental e sofrimento pela morte de pacientes com o constante aumento da complexidade de tarefas e do ambiente; esquema de trabalho em turnos; violência ocupacional; longas jornadas de trabalho; e, ainda, falta de reconhecimento profissional. Somem-se

também a escassez de equipamentos de proteção individuais e a falta de profissionais no mercado.

Todo esse nível de desgaste emocional dos profissionais de enfermagem traz uma preocupação cada dia maior com o adoecimento mental dos trabalhadores, com o frequente aparecimento do medo, da insegurança, da ansiedade, do temor de contaminação e de novas formas de trabalho, levando ao aumento da probabilidade de erros na assistência.

O atual cenário reitera a necessidade de dividir com os profissionais as definições sobre a disponibilidade dos recursos e de haver assertividade das lideranças na definição das entregas da equipe voltadas à qualidade e à segurança no cuidado. O reconhecimento e o desenvolvimento profissional são medidas essenciais para envolver os profissionais nessas entregas.

Após a realização de ações voltadas à melhoria do ambiente de trabalho, a partir dos dados levantados neste trabalho, propõe-se a reaplicação da pesquisa nessa mesma instituição para que se possa compreender o alcance das medidas implementadas na minimização dos riscos de esgotamento profissional no ambiente de trabalho e, conseqüentemente, em prol de um ambiente propício à valorização profissional da enfermagem e de maior bem-estar físico, psíquico e social da equipe de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Gasparino RC, Guirardello EB. Ambiente da prática profissional e burnout em enfermeiros. *Rev. Rene*. [Internet]. 2015 [cited 2021 Feb 28]; 16(1): 90-6. Available from: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/2667>
2. Sá AMS, Silva POM, Funchal B. Burnout: o impacto da satisfação no trabalho em profissionais de enfermagem. *Psicol. Soc.* [Internet]. 2014 [cited 2021 Feb 28]; 26(3):664-674. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822014000300015>
3. Pereira SS. Variáveis mediadoras do Burnout em profissionais de serviços de urgência e emergência: aplicabilidade de Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS) [dissertation]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2017. <https://doi.org/10.11606/T.22.2017.tde-17082017-130158>
4. Silva JLL, Dias AC, Teixeira LR. Discussão sobre as causas da Síndrome de Burnout e suas implicações à saúde do profissional de enfermagem. *Aquichan* [Internet]. 2012 [cited 2021 Feb 28]; 12(2):144-159. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972012000200006&script=sci_abstract&lng=pt

5. Amaral A, Ferreira P, Lake E. Validation of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) for the Portuguese nurse population. *Int. J. Caring Sci.* [Internet]. 2012[cited 2021 Feb. 28]; 5(3):280-288. Available from: <http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/7.%20%20Original%20Paper.pdf>
6. Silva RPL. Ambiente de prática profissional, carga de trabalho e omissão de cuidados de enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2018 [cited 2021-03-02]. <https://doi.org/10.11606/D.22.2019.tde-18032019-191531>
7. Campos JADB, Jordani PC, Zucoloto ML, Bonafé FSS, Maroco J. Burnout syndrome among dental students. *Rev. bras. epidemiol.* [Internet]. 2012 [cited 2021 Feb. 28]; 15(1): 155-165. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2012000100014>
8. Ferreira NDN, Lucca SRD. Síndrome de burnout em técnicos de enfermagem de um hospital público do Estado de São Paulo. *Rev Bras Ep.* 2015; 18: 68-79.
9. Nogueira LS et al. Burnout and nursing work environment in public health institutions. *Rev. Bras. Enferm* [Internet]. 2018 [cited 2021 Feb. 28]; 71(2): 336-42. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0524>



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.

Espera-se assim o estudo e promoção de estratégias em saúde que informem e debatam a importância de práticas excelentes da gestão, inovação e de sustentação ao negócio em saúde, bem como gerem valor ao paciente e 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 1290 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-se 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