

SCIENCE

Vol. 2, No. 3 (jul./set. 2021)

**PARA DESENVOLVER
IDEIAS NOVAS E
REVOLUCIONÁRIAS,
EXPERIÊNCIAS
VARIADAS SÃO
CRUCIAIS.**



SCIENCE

Vol. 2, No. 3 (jul./set. 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

Neste ano assumi a missão de promover um espírito de resiliência e encorajar nossos parceiros a publicar artigos que forneçam de maneira consistente aos gestores e líderes da saúde informações prospectivas sobre tendências que moldarão nosso futuro.

Estou particularmente entusiasmada com o fato de, a cada nova edição da *Revista Science*, publicarmos artigos mais robustos, destinados a fundamentar o planejamento de estratégias que surtirão efeitos não apenas hoje, mas pelos próximos anos, deixando um legado na saúde.

Em nossas publicações, procuramos levar aos leitores as principais pautas relevantes para o atual momento da saúde. Fazemos isso com um time completo, formado por especialistas com ampla experiência no mercado e grandes parceiros. Dessa forma, buscamos auxiliar ainda mais o desenvolvimento profissional e organizacional.

Nosso mercado vive uma transição para um capitalismo focado nas partes interessadas. Tal mudança não é uma questão de escolha, mas uma exigência da sociedade.

Tenho certeza de que, nesta edição, o leitor encontrará informações e exemplos que poderão ser utilizados para liderar equipes e enfrentar os desafios desta nova era. Espero também que possamos inspirar as mudanças já em andamento em nosso setor, com oportunidades para o aprendizado, crescimento e alavancagem de melhorias.

Nos últimos anos, aprendi que muitas empresas tendem a estar focadas em construir negócios que perdurem por gerações. Nosso foco na *Revista Science* é publicar artigos que deixem as futuras gerações em melhor situação.

Mara Márcia Machado
Editora-chefe

Sumário



- | | |
|--|---|
| <p>05 Editorial 1
Pandemia de covid-19: reflexões sobre o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar</p> <p>08 Artigo de Relato de Experiência 1
Prática assistencial do nutricionista ao paciente com covid-19 em hospital público de Fortaleza</p> <p>16 Artigo de Relato de Experiência 2
Satisfação do paciente com o acompanhamento da equipe multiprofissional no tratamento do câncer urológico durante a pandemia de covid-19</p> <p>22 Artigo de Relato de Experiência 3
Uso de ferramenta de comunicação <i>on-line</i> para agendamento de consultas na atenção primária à saúde: relato de experiência</p> | <p>31 Artigo de Relato de Experiência 4
Modelo lúdico de planejamento estratégico para a gestão organizacional em unidades de saúde</p> <p>40 Artigo Original 5
Atribuições do enfermeiro em seu papel como líder</p> <p>50 Artigo de Relato de Experiência 6
Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD): experiências acerca de sua adequação em um hospital de média e alta complexidade</p> <p>62 Institucional</p> <p>63 Normas de submissão</p> |
|--|---|

Pandemia de covid-19: reflexões sobre o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar

Camila da Silva Bicalho^a

^a Graduação em Medicina pela Faculdade de Medicina de Marília (Famema); residência médica em Infectologia pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP); complementação especializada em Infecção em Imunodeprimidos pela USP; doutorado em Doenças Infecciosas e Parasitárias pela USP; professora de Infectologia no curso de medicina da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP); médica do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital Nove de Julho, São Paulo/SP.

No Brasil, os marcos regulatórios importantes para a implantação e o estabelecimento das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) nos serviços de saúde foram a Portaria do Ministério da Saúde n. 2.616/1998¹ e a RDC n. 48/2000, Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)². Nesse contexto, os membros executores das CCIH representam os Serviços de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) e são os agentes promotores das ações de prevenção das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS). Em 2001, a Anvisa realizou uma avaliação dos SCIH no Brasil e evidenciou que 76% dos hospitais apresentavam uma CCIH formalmente nomeada e apenas 46% afirmaram possuir um Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) constituído. Ainda de acordo com os dados da Anvisa, mesmo quando existem, os SCIH não atuam adequadamente e muitos sequer possuem infraestrutura para desenvolver seu trabalho³. Foi neste cenário que, no dia 26 de fevereiro 2020, o Brasil notificou o primeiro caso de covid-19 e, a partir daí, observamos diariamente o impacto da pandemia nos serviços de saúde brasileiros, com efeitos diretos no SCIH.

Em março de 2020, pouco se sabia sobre o vírus Sars-Cov-2 e havia muita dúvida sobre a evolução da pandemia. Em muitos serviços de saúde, houve a implantação de comitês de enfrentamento da pandemia, que se tornaram peças centrais para que as deliberações fossem rapidamente disseminadas e implantadas. Assim sendo, em muitas instituições o SCIH tornou-se o protagonista desse comitê, com autonomia para a tomada de decisões. Portanto, coube ao SCIH definir setores para atendimento de pacientes com caso suspeito/confirmado de covid-19, implantar fluxos para atendimento, realização de exames e internação, avaliar a adequação dos equipamentos de proteção individual (EPIs) e treinar exaustivamente todos os profissionais da saúde que atuariam na linha de frente, a fim de garantir a segurança no atendimento. Nos hospitais onde não havia núcleo de vigilância epidemiológica, o SCIH

assumiu as notificações compulsórias de síndrome gripal (SG) e síndrome respiratória aguda grave (SRAG). O SCIH também atuou em conjunto com as equipes médicas na construção e implantação de protocolos de atendimento e tratamento dos doentes.

Nos hospitais, as unidades de terapia intensiva estavam lotadas, e os pacientes com covid-19 apresentavam um perfil de gravidade diferente dos demais pacientes graves com os quais as equipes estavam acostumadas. A maior parte dos protocolos de tratamento associava o uso de antimicrobianos já na admissão desses pacientes, dada a extensão do comprometimento pulmonar e a possibilidade de superinfecção bacteriana. Hoje sabemos que a superinfecção bacteriana ocorre em 3% a 5% dos casos de covid-19. Contudo, a prescrição de antimicrobianos associada a internações prolongadas e o uso de dispositivos invasivos promoveram o aumento da resistência antimicrobiana. A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), em seu relatório final sobre o plano de ação para a resistência antimicrobiana⁴, evidencia que o aumento das infecções por organismos multirresistentes resulta do alto uso de antibióticos em pacientes com covid-19 e da desorganização de práticas de prevenção e controle de infecção.

Pelo exposto, fica claro que os desafios impostos ao SCIH são diários. A todo momento, publicam-se notas técnicas, RDCs, protocolos governamentais e também de sociedades representativas cujas orientações devem ser apreendidas pelo SCIH, que, então, precisa adaptar os protocolos institucionais e implantar e divulgar as alterações cabíveis. Com a evolução da pandemia, o conhecimento foi sendo construído por meio de publicações científicas, e algumas recomendações feitas inicialmente foram sendo modificadas à luz desse conhecimento científico e técnico desenvolvido.

A dedicação dos profissionais do controle de infecção no combate da pandemia foi total. Alguns serviços de saúde implantaram escalas de plantão para o SCIH nos fins de semana com a finalidade de reportar oportunamente os dados de covid-19 aos órgãos

governamentais, além de realizar coorte de pacientes, otimizando o giro de leitos e a possibilidade de atendimento ao maior número possível de doentes.

No entanto, esse cenário levou os profissionais do SCIH – que, em geral, trabalha com número de colaboradores dimensionados pela Portaria n. 2.616/98 – a níveis elevados de pressão e estresse, causados pelo aumento das horas de trabalho e pelo medo de se infectar. Dados da literatura⁵ que avaliaram profissionais da saúde na pandemia de covid-19 reportaram aumento dos casos de depressão, perda da qualidade de sono, uso de drogas e sintomas psicossomáticos⁵.

Com a chegada da vacina, a pandemia de covid-19 parece evoluir com diminuição de casos novos e, consequentemente, de óbitos. Esse momento é oportuno para discutirmos o verdadeiro papel do controle de infecção nos serviços de saúde e seu dimensionamento frente às demandas atuais, bem como promover a incorporação de novas tecnologias com o intuito de reduzir o trabalho burocrático. Impulsionar o empoderamento do SCIH nos hospitais, agregando-lhe o merecido protagonismo, impacta positivamente os indicadores de saúde e reduz custos.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 2.616, de 12 de maio de 1998 [cited 2021 May 5]. Biblioteca Virtual em Saúde [Internet]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt2616_12_05_1998.html
2. Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Resolução - RDC nº 48, de 02 de junho de 2000 [cited 2021 May 5]. Biblioteca Virtual em Saúde [Internet]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2000/rdc0048_02_06_2000.html
3. Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Resolução-RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2001. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde [Internet]. [cited 2021 May 5]. Biblioteca Virtual em Saúde [Internet]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/res0050_21_02_2002.html
4. Padoveze MC, Fortaleza CM. Healthcare-associated infections: challenges to public health in Brazil. *Rev Saude Publica*. 2014 Dec;48(6):995-1001.
5. Organização Pan-Americana da Saúde; Organização Mundial da Saúde. Plano de ação para a resistência antimicrobiana: Relatório final: Informe final [Internet]. CE168/INF/8. 2021 May 3 [cited 2021 Jul 15]. Available from: <https://www.paho.org/pt/documentos/ce168inf8-plano-acao-para-resistencia-antimicrobiana-relatorio-final-informe-final>

Prática assistencial do nutricionista ao paciente com covid-19 em hospital público de Fortaleza

Rita de Cássia de Queiroz Maia^a, Maria Auxiliadora de Queiroz Maia^b

Resumo

A pandemia de covid-19 gerou desafios cruciais para os profissionais da saúde. Em relação à atuação do nutricionista, houve a necessidade de adaptação a uma nova realidade de atendimento e adoção de estratégias de trabalho inéditas. O objetivo deste artigo foi descrever a prática clínica do nutricionista no atendimento ao paciente com covid-19, com base nos erros e acertos durante o primeiro ano de pandemia – de abril de 2020 a abril de 2021 – no Hospital e Maternidade Dra. Zilda Arns Neumann, da rede pública no município de Fortaleza (CE). Utilizaram-se planilhas de indicadores, atas de reuniões, acordos entre setores e o livro de ocorrências do setor de nutrição. Os parâmetros adotados foram as diretrizes da Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral, do Conselho Regional de Nutricionistas – 6ª Região e da Associação de Medicina Intensiva Brasileira. Assim, planos de cuidados nutricionais foram elaborados e as normativas, adaptadas à realidade do hospital nesse período, visando a assegurar o cuidado nutricional e a segurança tanto do paciente quanto da equipe de nutrição e copa.

Palavras-chave: Segurança do paciente; Serviço hospitalar de nutrição; Assistência alimentar; Covid-19; Pandemia.

^a Graduação em Nutrição pela Universidade Estadual do Ceará (UECE); mestrado em Saúde Pública pela UECE; coordenadora do Setor de Nutrição do Hospital e Maternidade Dra. Zilda Arns Neumann, Fortaleza/CE.

^b Graduação em Fisioterapia pela Universidade de Fortaleza (Unifor); mestrado em Ensino na Saúde pela UECE; fisioterapeuta da unidade de terapia intensiva adulta do Hospital Geral César Cals e do Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura, Fortaleza/CE.

INTRODUÇÃO

A pandemia ocasionada pela covid-19 traduziu-se em um verdadeiro desafio para profissionais da saúde, cientistas e comunidade acadêmica no que se refere a seu enfrentamento e controle. Nesse contexto, a atuação do nutricionista é de extrema importância, haja vista que a nutrição é o motor para um adequado funcionamento orgânico, seja mantendo, seja recuperando o estado nutricional do paciente. Desta forma, a assistência nutricional deve ser individualizada, com base na evolução clínica diária^{1,2}.

Em março de 2020, quando surgiram os primeiros casos no Brasil, os ambientes hospitalares defrontaram-se com uma realidade assustadora. Os profissionais de saúde entraram em alerta geral para fazer frente a uma situação de proporções inusitadas, nunca vistas pela geração atual³.

O Hospital e Maternidade Dra. Zilda Arns Neumann (HMDZAN), vinculado à rede hospitalar pública do município de Fortaleza (CE), iniciou os atendimentos aos pacientes com covid-19 em abril de 2020, então com dez leitos na unidade de tratamento intensivo (UTI) adulto e 30 leitos na unidade de enfermaria. No princípio, a gestão de nutrição do HMDZAN enfrentou a insegurança ocasionada pela falta de informações consistentes para a atuação do profissional nutricionista em relação à doença, seguida do absenteísmo e da inexistência de parâmetros para os atendimentos aos pacientes de forma segura. Diante deste cenário, tornou-se necessária a revisão das práticas, dos processos e dos protocolos assistenciais, visando à garantia da qualidade e à segurança dos pacientes e colaboradores⁴.

Reuniões virtuais com nutricionistas da rede da Prefeitura Municipal de Fortaleza foram essenciais, pois, por meio delas, divulgaram-se as diretrizes da Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral (BRASPEN/SBNPE), do Conselho Regional de Nutricionistas – 6ª Região (CRN-6) e da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (Amib) a fim de adequar

a prática clínica do hospital à realidade da pandemia. Além disso, reuniões realizadas com a equipe multiprofissional, com o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) e com o Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) foram vitais para a criação de acordos e adequação de fluxos.

OBJETIVO

Este artigo tem o objetivo de descrever a assistência e a prática clínica do nutricionista no atendimento ao paciente com covid-19, levando em consideração os erros e acertos durante um ano de pandemia.

MÉTODO

Trata-se de um relato da experiência de atendimento ao paciente com covid-19 realizado pela assistência nutricional do Hospital e Maternidade Dra. Zilda Arns Neumann, em Fortaleza (CE), durante o período de abril de 2020 a abril de 2021. Os dados foram extraídos de protocolos, planilhas, indicadores do setor de Nutrição e notificações de oportunidades de melhoria, tendo como referência as diretrizes da BRASPEN/SBNPE, do CRN-6 e da Amib.

Em 20 de março de 2020, o Conselho Federal de Nutricionistas (CFN) publicou as práticas para atuação do nutricionista durante a pandemia de covid-19, visando à segurança dos profissionais e dos pacientes, recomendando que fosse evitado o contato físico do profissional com pacientes, especialmente aqueles com suspeita ou confirmação de covid-19⁵. A mesma recomendação foi feita no parecer da BRASPEN/SBNPE, detalhando que, para avaliação, acompanhamento e evolução dos pacientes, o nutricionista deveria utilizar dados secundários de prontuário, contato telefônico e intermediação de membros da equipe multiprofissional que já estivessem em contato direto com os pacientes⁶.

RESULTADOS

Antes da pandemia, os eixos de atuação do HMDZAN eram as assistências cirúrgica, materno-infantil e clínica. Os protocolos da equipe de nutrição estavam direcionados a esses eixos, despreparados, portanto, para a introdução do eixo da covid-19 – tendo em vista a crença de que a pandemia estaria controlada em pouco tempo e o fato de os atendimentos inicialmente se restringirem ao hospital de campanha criado pela Prefeitura Municipal de Fortaleza.

Plano de cuidado na primeira onda

Quando o HMDZAN recebeu os primeiros pacientes de covid-19, o setor de Nutrição baseava-se

exclusivamente na normativa do CRN-6 e, nesse sentido, descontinuou o atendimento beira-leito. As prescrições dietéticas eram dadas por meio dos prontuários no posto de enfermagem e na sala da coordenação (UTI adulto), áreas consideradas inicialmente como livres da infecção.

Para realizar as triagens nutricionais e evitar o contato físico com os pacientes, utilizaram-se critérios de elegibilidade de risco nutricional, com base nas comorbidades relacionadas ao pior prognóstico possível, além de indicadores e sintomas associados à desnutrição. Foram considerados como de risco nutricional os pacientes que apresentassem ao menos um dos critérios relacionados no Quadro 1⁷.

Quadro 1 – Fatores de risco nutricional (considerar pelo menos um critério).

- Idade igual ou acima de 65 anos;
- IMC abaixo de 20 kg/m²;
- Risco alto ou lesão por pressão;
- Imunossupressão;
- Inapetência e histórico de perda de peso;
- Diarreia persistente;
- Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), asma, pneumopatias estruturais;
- Cardiopatias, incluindo hipertensão importante;
- Diabetes mellitus com insulinodependência;
- Insuficiência renal;
- Gestação.

Para pacientes em terapia nutricional por via enteral, adotaram-se as recomendações da BRASPEN/SBNPE5, resumidas no Quadro 2.

Quadro 2 – Recomendações nutricionais para pacientes em nutrição enteral.

ITENS	RECOMENDAÇÕES (MARÇO/2020)
CALORIAS	Iniciar com 15 a 20 kcal/kg/dia Progredir para 25 kcal/kg/dia após 4 dias.
TIPO DE FÓRMULA	Utilizar fórmulas com alta densidade calórica. Não usar fórmulas com alto teor lipídico e baixo teor de carboidratos.
PROTEÍNA	Ingestão de 1,5 a 2,0 g/kg/dia Iniciar com 0,8 g/kg/dia (no primeiro e segundo dias) e ir progredindo.
MICRONUTRIENTES	Ingestão de fósforo: Monitorar indicação de síndrome de realimentação. Se baixo: retardar desmame ventilatório. Monitorar fósforo; magnésio; potássio: Se baixo: adiar progressão calórica.
PRONA	- Nutrição enteral (NE) continuada durante prona, desde que dieta sem fibra, 20 ml/h. - Cabeceira elevada. - Iniciar dieta após uma hora e manter até uma hora antes do retorno.

Fonte: Elaboração das autoras, com base nas recomendações da BRASPEN/SBNPE5.

A entrega da refeição ao paciente passou a ser realizada pela equipe de enfermagem. Para isso, foram criadas “ilhas” de atendimento a fim de facilitar e agilizar essa entrega. As refeições eram etiquetadas com informações identificantes de cada paciente – leito, nome completo, data de nascimento e tipo da dieta –, além da data de validade dos alimentos.

Conforme o HMDZAN continuava com atendimento a pacientes não covid-19, foi alterado o fluxo de entrega das dietas pelas copeiras: primeiramente, a entrega era realizada nas áreas não infectadas por covid-19 e, posteriormente, nas áreas infectadas. Ao chegar ao

setor de nutrição, o carro de transporte de refeições era higienizado com álcool a 70% e as rodas, com solução de hipoclorito de sódio a 1%.

Plano de cuidado na segunda onda

Nas reuniões diárias realizadas pelos nutricionistas do hospital ao longo do ano de 2020, foram observadas algumas não conformidades (Quadro 3). Quando o HMDZAN aumentou os leitos de covid-19 de 30 para 110, no ano de 2020, a reformulação do plano de cuidado ao paciente internado tornou-se imprescindível.

Quadro 3 – Não conformidades relacionadas às recomendações nutricionais para pacientes e respectivas alterações ocasionadas.

INDICADOR	NÃO CONFORMIDADE	ALTERAÇÃO
Falta da visita beira-leito do nutricionista	Recusa da dieta pelos pacientes devido a consistência inadequada; diferenças entre a dieta e o hábito alimentar; intolerância alimentar.	Visita beira-leito diária do nutricionista para verificar: tipo de suporte de oxigênio; presença de comorbidades; funcionamento do trato gastrointestinal; percentual de aceitabilidade da dieta. A partir desses dados, elaboração de dieta segundo a individualidade de cada paciente.
Avaliação antropométrica	Falta de parâmetros de peso e altura para estimar a meta calórica e proteica.	Aferições de altura do joelho para estimar altura e cálculo de peso ideal.
Estimativa de peso atual	Com a estimativa de altura e o cálculo de peso ideal, foi percebida uma diferença significativa no peso estimado atual.	Aferições da circunferência do braço para estimar peso atual.
Dietas enterais	13% das dietas devolvidas ao setor de nutrição sem o reconhecimento do motivo da devolução.	Controle maior do motivo da devolução das dietas e realinhamento da vazão para administração. Reunião com a equipe de nutricionistas para aperfeiçoamento do registro do indicador.
Evolução em prontuários	Não realizada em sua totalidade.	Redimensionamento da equipe de profissionais para que a evolução em prontuário fosse efetivada.

Fonte: Elaboração das autoras, com base nas recomendações da BRASPEN/SBNPE⁵.

Em abril de 2021, com a revisão do parecer da BRASPEN/SBNPE, foi realizado treinamento para realinhamento de condutas, conforme Quadro 4⁸.

Quadro 4 – Recomendações nutricionais para pacientes em nutrição enteral.

ITENS	REVISÃO MARÇO 2021
CALORIAS	<p>Iniciar com 15 a 20 kcal/kg/dia Progridir para 25 kcal/kg/dia após quatro dias, podendo chegar a 35 kcal/kg/dia.</p> <p>Obesos: - IMC: 30-50 kg/m² 11-14 kcal/kg de peso atual/dia - IMC: > 50 kg/m² 22-25 kcal/kg de peso ideal/dia</p>
TIPO DE FÓRMULA	<p>Utilizar fórmulas com alta densidade calórica.</p> <p>Obesos: Fórmulas hipocalóricas e hiperproteicas. Não usar fórmulas com alto teor lipídico e baixo teor de carboidratos.</p>

continua...

Quadro 4 – Continuação...

ITENS	REVISÃO MARÇO 2021
PROTEÍNA	De 1,5 a 2,0 g/kg/dia Terapia renal: até 2,5g/kg/dia Obesos: 2,0-2,5 g/kg de peso ideal/dia
ÔMEGA 3	Benefícios não identificados
MICRONUTRIENTES	Fósforo: Monitorar indicação de síndrome de realimentação Se baixo: pode retardar desmame ventilatório. Fósforo, magnésio, potássio: Se baixo: progressão calórica adiada.
PRONA	- Nutrição enteral (NE) continuada durante prona, desde que haja boa tolerância gastrointestinal. - Cabeceira elevada. - Tempos de pausa, antes e logo após a movimentação do paciente, conforme protocolo institucional.
ATUAÇÃO NUTRICIONISTA	Equipamento de proteção individual (EPI) completo: seguir protocolo institucional. EPI incompleto: evitar contato físico.
TERAPIA NUTRICIONAL (TN) E ECMO	Atenção à tolerância, maior risco de gastroparesia e isquemia intestinal.

Fonte: Elaboração das autoras, com base nas recomendações da BRASPEN/SBNPE5.

DISCUSSÃO

Após a aplicação do primeiro protocolo para covid-19, em março de 2020, observou-se um aumento nos registros de retorno de dietas orais e também nas solicitações de reposição de dietas para a mesma refeição e o mesmo paciente, pois este não estava tolerando a dieta prescrita e demandava outra consistência.

Além disso, houve um aumento no retorno de dietas enterais para o setor de nutrição devido ao rápido agravamento e à instabilidade hemodinâmica dos pacientes. Assim, desde o início, percebeu-se que a restrição à visita do nutricionista à beira do leito era um fator complicador e talvez estivesse impactando o aumento do indicador – o que foi comprovado posteriormente, quando as visitas ao leito foram retomadas.

Seguindo as recomendações do CFN e da BRASPEN/SBNPE, para avaliação, acompanhamento e evolução dos pacientes, o nutricionista poderia utilizar dados secundários de prontuário, fazer contato telefônico e contar com o apoio de membros da equipe multiprofissional que já estava em contato com o paciente^{1,6,7}. No entanto, o grande desafio do nutricionista foi extrair da equipe multiprofissional as informações que permitissem compreender a necessidade dietética do paciente naquele momento, pois todas as categorias profissionais de saúde passavam por mudanças em seus fluxos de atendimento e por aumentos em sua carga de trabalho. Acrescentar-lhes a tarefa de coletar informações dietéticas (aceitação, tolerância, intolerância/alergia alimentar), antes uma responsabilidade dos profissionais de nutrição, não foi eficaz.

Ressalta-se a dificuldade de analisar as prescrições médicas da dieta, que ficavam sob a guarda do técnico de enfermagem e, muitas vezes, mantidas dentro das unidades e enfermarias – estando contaminadas, o nutricionista que as manuseasse contaminaria seu próprio mapa e, ao adentrar no setor de nutrição para atualização das refeições, os mapas das copeiras. Nesse contexto, o setor de farmácia surgiu como um facilitador, pois todas as prescrições também se concentravam nas farmácias satélites, o que contribuiu para o acesso às informações.

Com a redução de casos, em agosto de 2020, e a análise das intercorrências dos meses anteriores, os nutricionistas viram-se na obrigação ética de voltar a sua rotina de visitas à beira do leito para realizar sua anamnese e suas avaliações antropométricas junto ao paciente. Vale salientar que a aplicação das vacinas nos profissionais do hospital teve impacto significativo, pois eles se sentiram mais seguros para estar junto dos pacientes.

Quando se iniciou a segunda onda da pandemia, em fevereiro de 2021, a nutrição já vinha usando o peso estimado obtido pela aferição da circunferência do braço (CB) para chegar a uma meta calórica e proteica mais próxima da real e em consonância com a literatura. Para isso, visitas diárias eram realizadas ao leito, com o mapa do nutricionista sendo alimentado com

informações da equipe multidisciplinar e dos relatos do próprio paciente.

Destaca-se que a presença do nutricionista, inserido no contexto da assistência ao paciente, foi muito demandada pelo setor da fisioterapia, pois o repasse do cálculo de altura e peso predito aos fisioterapeutas facilitou a titulação do parâmetro do volume corrente como estratégia ventilatória protetora dos pacientes sob ventilação mecânica invasiva.

CONCLUSÃO

A pandemia de covid-19 permitiu a preparação para grandes desafios que nutricionistas poderão enfrentar no futuro. A experiência do período demonstra que os profissionais do setor estão em processo de aprendizagem e que o mais importante para um atendimento seguro ao paciente é a integração com a equipe, sendo essenciais as atualizações de protocolos e fluxos. A realização de *feedback* com a equipe, ressaltando pontos positivos e negativos, foi observada como uma importante contribuição para o aperfeiçoamento do plano de trabalho. É um processo difícil; contudo, com a aplicação de recursos didáticos e reavaliações contínuas, é possível avançar e melhorar ainda mais a qualidade de assistência nutricional, em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e das associações da categoria.

REFERÊNCIAS

1. Dantas CCS, Silva LCS. Protocolo de Intervenção Nutricional para pacientes com COVID-19. Conselho Regional de Nutricionistas – 6ª Região [Internet]. 2020 [cited 2021 Jul 24]. Available from: <https://www.crn6.org.br/crn-6-lanca-protocolo-de-intervencao-nutricional-para-pacientes-com-covid-19>
2. Kretzer L, Berbigier E, Lisboa R, Grumann AC, Andrade J. Recomendações da AMIB (Associação de Medicina Intensiva Brasileira), ABRAMEDE (Associação Brasileira de Medicina de Emergência), SBGG (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia) e ANCP (Academia Nacional de Cuidados Paliativos) de alocação de recursos em esgotamento durante a pandemia por COVID-19 [Internet]. 2020 [cited 2021 Aug 18]. Available from: https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/abril/24/VJS01_maio_-_Versa_o_2_-_Protocolo_AMIB_de_alocac_a_o_de_recursos_em_esgotamento_durante_a_pandemia_por_COVID.pdf

3. Magnoni D. Pandemia: relatos da frente de batalha; dicas e orientações sobre a alimentação da nova era. São Paulo: Tag & Line; 2020. 380 p.
4. Piovacari SMF, Santos GF, Santana GA, Scacchetti T, Castro MG. Fluxo de assistência nutricional para pacientes admitidos com COVID-19 e S-COVID-19 em unidade hospitalar. BRASPEN J [Internet]. 2020 [cited 2021 Jul 24];35(1):6-8. Available from: https://66b28c71-9a36-4ddb-9739-12f146d519be.usrfiles.com/ugd/66b28c_2f5d298499184d22b2655dff908f58c9.pdf
5. Conselho Federal dos Nutricionistas (Brasil). Recomendações do CFN: boas práticas para atuação do nutricionista e do técnico em nutrição e dietética durante a pandemia do novo coronavírus (COVID-19). 3 ed. Brasília: CFN; 2020.
6. Campos LF, Barreto PA, Ceniccola GD, Gonçalves RC, Matos LBN, Zambelli CMSF, Castro MG. Parecer BRASPEN/AMIB para o Enfrentamento do COVID-19 em Pacientes Hospitalizados. BRASPEN J [Internet]. 2020 [cited 2021 Jul 24];35(1):3-5. Available from: <http://arquivos.braspen.org/journal/jan-mar-2020/artigos/01-Parecer-BRASPEN-COVID-19.pdf>
7. Ferretti RL [org.], Silva DO, Oliveira EM, Pereira JM. Terapia Nutricional em Pacientes Hospitalizados com COVID-19. Taubaté: Ed. Unitau; 2020. (Nutrição Clínica: Fundamentos Metabólicos, Fisiopatológicos e Nutricionais)
8. Campos LF, Barreto PA, Ceniccola GD, Gonçalves RC, Matos LBN, Zambelli CMSF, Castro MG. Revisão do parecer BRASPEN de terapia nutricional em pacientes hospitalizados com COVID-19. BRASPEN J [Internet]. 2021 [cited 2021 Jul 24];36(1):122-6. Available from: <https://wdcom.s3.sa-east-1.amazonaws.com/hosting/braspen/journal/2021/journal/jan-mar-2021/artigos/15-Atualizacao-Parecer-BRASPEN-COVID-19.pdf>



Satisfação do paciente com o acompanhamento da equipe multiprofissional no tratamento do câncer urológico durante a pandemia de covid-19

Ana Paula Passos Lacerda da Silva^a, Érica Regina da Silva Lavoura^b, Ariane Delarri de Souza^c, Danuza Almeida de Souza^d, Fátima Trigo Modesto Zin^e, Fernanda Fuscaldi^f

Resumo

Analisar a satisfação dos pacientes com câncer urológico acerca dos cuidados recebidos pela equipe multiprofissional tornou-se uma parte importante do planejamento estratégico dos serviços de saúde. Este artigo fez um estudo descritivo sobre o monitoramento dos pacientes

^a Graduação em Serviço Social pelo Centro Universitário Ítalo Brasileiro; MBA em Liderança e Coaching na Gestão de Pessoas pela Universidade Anhanguera; supervisora técnica de Saúde no Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim (CEJAM), São Paulo/SP.

^b Graduação em Enfermagem pela Universidade Bandeirante de São Paulo (Uniban); especialização em Emergência e UTI pela Universidade Cidade São Paulo (Unicid); MBA em Administração Hospitalar e Gestão de Pessoas pela Unicid; gerente de Unidade de Saúde no Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim (CEJAM), São Paulo/SP.

^c Graduação em Serviço Social pela Universidade Anhanguera; especialização em Saúde Pública com Ênfase na Estratégia de Saúde da Família pelo Centro Universitário São Camilo; especialização em Gerontologia pela Faculdade Venda Nova do Imigrante (Faveni); assistente social no Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim (CEJAM), São Paulo/SP.

^d Graduação em Serviço Social pela Universidade Federal do Pará (UFPA); especialização em Projetos Sociais pela Faculdade Integrada Brasil Amazônia (Fibra); especialização em Saúde Pública com Ênfase em Saúde da Família pela Faculdade Método de São Paulo (Famesp); assistente social no Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim (CEJAM), São Paulo/SP.

^e Graduação em Serviço Social pela Universidade de Santo Amaro; supervisora multiprofissional no Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim (CEJAM), São Paulo/SP.

^f Graduação em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP); MBA em Gestão de Assistência à Saúde pela Faculdade Método de São Paulo (Famesp); gerente de qualidade no Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim (CEJAM), São Paulo/SP.

acompanhados no protocolo de câncer urológico pelo serviço social de uma unidade ambulatorial de especialidades no município de São Paulo. A metodologia *Net Promoter Score* foi utilizada para avaliação de satisfação do paciente por proporcionar uma dinâmica simples de parametrização de resultados. No ano de 2020, 71 dos 87 pacientes da urologia encaminhados para tratamento oncológico mostraram-se satisfeitos com o atendimento da equipe multiprofissional, avaliando com notas 9 e 10. Avalia-se, assim, que a qualidade dos cuidados prestados pela equipe multiprofissional e pelo serviço social, sob a perspectiva dos pacientes, permite aprimorar o atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Satisfação do paciente; Monitoramento; Equipe multiprofissional de saúde; Serviço social oncológico; Qualidade da assistência à saúde.

INTRODUÇÃO

Analisar a satisfação dos pacientes com câncer urológico acerca dos cuidados recebidos pela equipe multiprofissional tornou-se uma preocupação das instituições de assistência à saúde e, cada dia mais, faz parte do planejamento estratégico dos serviços a serem prestados nesse sentido.

Sabe-se que o câncer se destaca no perfil de complexidades patológicas. O Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (Inca), vinculado ao Ministério da Saúde, descreve que, analisando-se as taxas de mortalidade no Brasil, o câncer está sempre incluído entre as primeiras causas de morte¹. Diante desta realidade e no contexto da pandemia de covid-19, oferecer uma experiência de qualidade torna-se essencial para o planejamento de ações que visem ao adequado atendimento e/ou monitoramento das necessidades do paciente.

No ano de 2020, a unidade de Assistência Médica Ambulatorial (AMA) Especialidades Jardim São Luiz, parte da rede pública de saúde no município de São Paulo, redobrou os cuidados nos atendimentos de consultas e exames, priorizando os casos de maior gravidade para evitar prejuízo a pacientes com demandas de maior urgência. Para otimizar o processo de atendimento aos pacientes com câncer urológico, a equipe multiprofissional realiza o monitoramento dos agendamentos, contribuindo para a efetividade do tratamento¹. Dentre os profissionais incluídos

nesse trabalho, está o assistente social, que complementa a atenção ao paciente oncológico.

Nesse contexto, o trabalho do serviço social está voltado para o atendimento das necessidades do usuário e seu monitoramento, norteado pelo compromisso de valorização da dignidade da pessoa humana, compreendendo a pessoa doente e sua enfermidade para tratá-la como ser completo, pertencente a uma família e a uma comunidade, sob uma perspectiva de acolhimento do doente e de seu familiar².

A escolha do tema justifica-se por ser o câncer uma doença que frequentemente vem acompanhada de negação e medo, fazendo com que o paciente precise de apoio de toda a equipe multiprofissional – inclusive o assistente social – para se sentir acolhido durante o processo de tratamento¹.

Diante de exposto, torna-se essencial conhecer a satisfação dos pacientes e, a partir disso, identificar os aspectos que precisam ser modificados para garantir a qualidade do atendimento, assim como identificar os pontos positivos dos serviços prestados.

OBJETIVO

O objetivo foi analisar o grau de satisfação dos pacientes com o monitoramento realizado pelo assistente social, com base nos cuidados recebidos durante a investigação

de câncer urológico em unidade ambulatorial de especialidades da rede de saúde no município de São Paulo.

MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo sobre a satisfação dos pacientes com câncer urológico em relação ao monitoramento recebido no ano de 2020. O monitoramento desses pacientes inicia-se com o atendimento do médico urologista e com a realização de exames que indicarão ou não a necessidade de encaminhamento à oncologia. Os pacientes com resultado de suspeita de câncer têm o agendamento priorizado, a fim de se evitar perda de tempo no tratamento.

Com a pandemia de covid-19, houve uma intensificação no acompanhamento e monitoramento desses pacientes a fim de evitar atrasos no diagnóstico devido ao cancelamento das agendas do ambulatório. Com isso, o assistente social tornou-se protagonista nesse monitoramento, garantindo o agendamento e a realização da consulta com o médico urologista, que avalia os resultados dos exames e, em caso positivo para neoplasia, providencia o encaminhamento ao oncologista.

Os dados do monitoramento em 2019 foram comparados com os resultados obtidos em 2020, após a intensificação

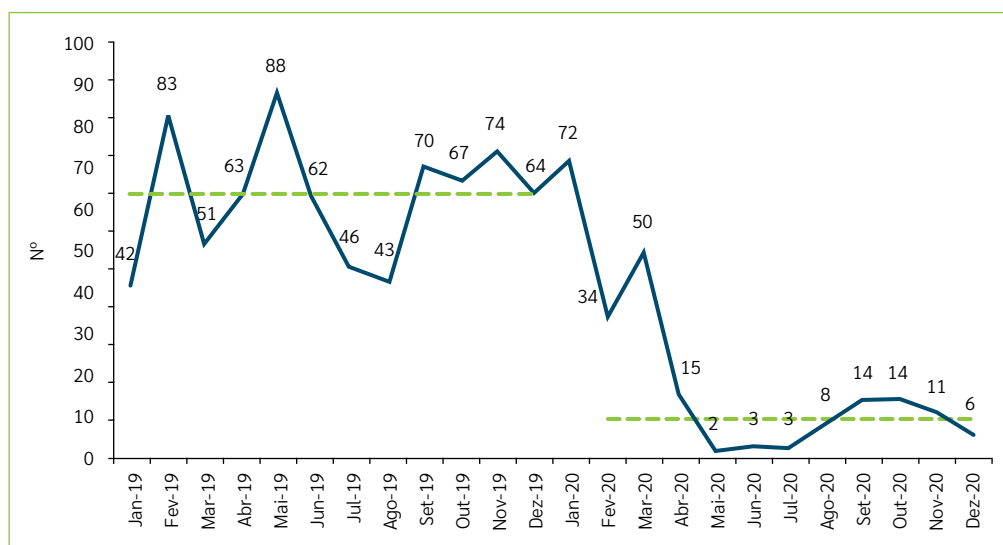
do monitoramento, analisando a atuação do assistente social à frente do agendamento de biópsias, além do tempo do retorno ao urologista e início do acompanhamento pelo oncologista no serviço terciário. Ressalta-se que os pacientes com diagnóstico de câncer devem ser agendados em até 60 dias, segundo a Lei n. 12.732, de 22 de novembro de 2012, que dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna⁴.

Para essa comparação, foi utilizada a metodologia *Net Promoter Score* (NPS), reconhecida internacionalmente por sua dinâmica simples, pois se resume em uma pergunta: “Em uma escala de 0 a 10, quanto você recomendaria os serviços para um amigo ou familiar?”.

RESULTADOS

Por meio do conhecimento da real situação dos prazos no acompanhamento dos pacientes com câncer urológico no ambulatório estudado, foi calculado o tempo médio de agendamento em 2019 e, em seguida, foi feita a comparação com o tempo médio registrado em 2020. O Gráfico 1 demonstra o monitoramento em 2019, antes de sua intensificação, bem como os dados de 2020, após a implantação do monitoramento realizado pelo assistente social.

Gráfico 1 – Prazo médio (em dias) para agendamento das consultas com o oncologista de 2019 a 2020.

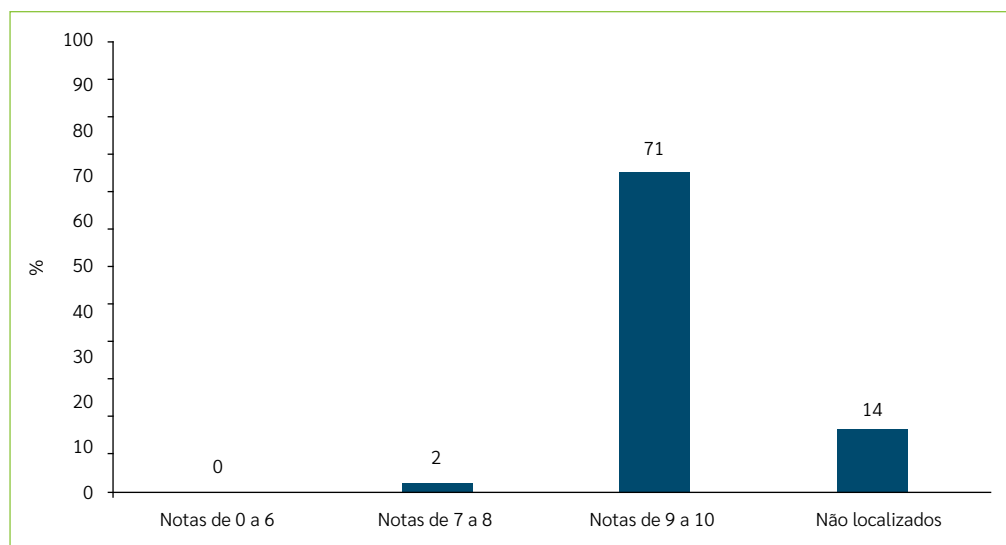


Fonte: elaboração das autoras

Os dados demonstram que houve redução importante no tempo médio para agendamento de consulta a partir da implantação do monitoramento pelo assistente social durante o processo de atendimento aos pacientes no ambulatório, cuja mediana alterou de 63,5 para 9,5 dias e média de 63 para 20 dias, comparando-se o período antes e após o início do monitoramento, respectivamente.

No processo de monitoramento por contato telefônico, o assistente social avaliou a satisfação dos pacientes pós-oncologia para garantir a efetiva continuidade no serviço encaminhado e, consequentemente, medir o grau de satisfação em relação ao acompanhamento recebido durante o tratamento. Os resultados dessa avaliação são mostrados no Gráfico 2.

Gráfico 2 – Net Promoter Score (NPS), de acordo com avaliação de satisfação pós-oncologia em 2020.



Fonte: elaboração das autoras

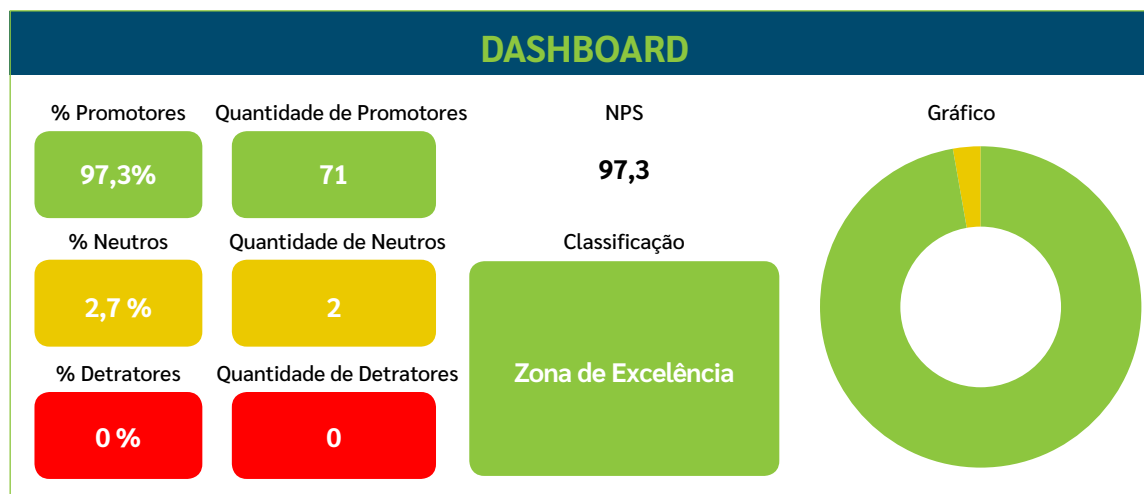
Dos 87 pacientes encaminhados ao oncologista, 73 avaliaram o atendimento e 14 não foram localizados pelo assistente social. Dos que fizeram a avaliação, 71 pacientes recomendariam o serviço (avaliando-o com notas 9 e 10) e dois relataram estar parcialmente satisfeitos (notas 7 e 8), isto é, recomendam a serviço, mas com ressalvas. Vale ressaltar que o atendimento terciário não está sob a governabilidade da unidade ambulatorial, o que pode ter impacto

na contrarreferência, e por consequência, no grau de satisfação desses dois pacientes.

Já em relação aos 14 pacientes não localizados, foram realizadas orientações a seus familiares, que optaram por não responder à avaliação.

No geral, foram mensurados os dados do monitoramento e consequente avaliação feita pelos pacientes utilizando-se a fórmula NPS (sendo $97,3\% - 0\% = \text{NPS } 97,3$), conforme demonstrado na Figura 1.

Figura 1 – Resultado *Net Promoter Score* (NPS) para determinação da satisfação dos pacientes pós-oncológicos em relação à unidade ambulatorial.



Fonte: elaboração das autoras

DISCUSSÃO

A busca pela melhoria da qualidade do atendimento na assistência ao paciente com diagnóstico de neoplasia tem estimulado os serviços de saúde a tratar a temática da satisfação dos usuários. Essa prática dá às equipes a oportunidade de se aproximar de quem recebe os cuidados, além de compreender os anseios e as expectativas desse indivíduo, favorecendo o cuidado com qualidade³.

A literatura referencia que medir a satisfação do paciente com a qualidade do cuidado é um importante indicador para os serviços de saúde. A disponibilização de instrumentos confiáveis permite a avaliação da percepção do paciente quanto à qualidade da assistência, traduzida não somente em satisfação, mas também nas experiências vivenciadas por eles nos cuidados recebidos³.

Sobre a avaliação dos pacientes em relação ao atendimento no ambulatório, considera-se que, com a intensificação do monitoramento pelo assistente social, os resultados foram positivos, uma vez que o processo visa a agilizar a conclusão do diagnóstico e acelerar

o acesso ao tratamento. Os dados demonstram que 87 pacientes foram encaminhados para o especialista, dos quais 71 responderam que indicariam o atendimento do ambulatório de especialidades, um avanço qualitativo no trato do paciente diagnosticado com câncer urológico em 2020.

CONCLUSÃO

A atenção ao monitoramento da percepção dos pacientes sobre a qualidade do atendimento foi de extrema importância, buscando atender às necessidades geradas pelas mudanças significativas que o processo saúde-doença gera no comportamento dos indivíduos. O assistente social teve papel fundamental na resolução colaborativa de questões para possibilitar a diminuição do tempo para agendamento da biópsia e, conseqüentemente, para retorno ao urologista, iniciando mais rapidamente o acompanhamento com o oncologista. Esse processo visa a melhorar a qualidade de vida da pessoa acometida pela doença com o adequado acolhimento do indivíduo e de seus familiares.

Ressalta-se que o índice de pacientes que recomendariam os serviços no período de acompanhamento foi 97%, o que reforça ainda mais a necessidade de comprometimento dos membros da equipe

multiprofissional com seus pacientes – desafio ainda maior em meio à pandemia de covid-19. Busca-se, assim, proporcionar aos usuários com diagnósticos complexos um atendimento humanizado e de qualidade.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Brasil). Causas e tratamento do câncer [Internet]. 2016 [cited 2021 Jul 05]. Available from: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/estomago/prevencao>
2. Brentani MM, Coelho FRG, Iyeyasu H, Kowalski LP. Bases da oncologia. São Paulo: Lemar; 2013.
3. Ibiapina ARS, Silva VM, Costa Filho AAI, Sousa DM. Indicadores de qualidade na assistência de enfermagem. Uningá Review [Internet]. 2015 [cited 2021 Jul 05];24(3):133-138. Available from: <http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1708/1317>
4. Brasil. Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/12732.htm



Uso de ferramenta de comunicação *on-line* para agendamento de consultas na atenção primária à saúde: relato de experiência

Ana Luiza Rodrigues Inácio^a, Cintia Alves Teixeira^b,
Sônia Aparecida Gomes^c, Melyne Serralha Rocha^d

Resumo

O avanço tecnológico das últimas décadas democratizou o acesso a meios de comunicação via internet ou telefonia. Com isso, o uso de ferramentas de comunicação *on-line* tem sido implementado na rotina administrativa de instituições e, especialmente no contexto da pandemia de covid-19, surge como estratégia bem-sucedida na relação entre pacientes e unidades de saúde. O objetivo deste trabalho foi relatar a experiência do uso de uma dessas ferramentas para comunicação e agendamento de consultas em uma Unidade Básica de Saúde do município de Uberlândia (MG). Na comparação dos agendamentos de consultas, observou-se aumento da demanda por agendamentos por esta via entre 2019 e 2020; nos

^a Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU); especialização em Docência nos Ensino Médio, Técnico e Superior pelo Instituto Passo 1 Uberlândia; mestrado em Psicologia da Saúde pela UFU; enfermeira da Atenção Primária, Missão Sal da Terra, Uberlândia/MG.

^b Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU); coordenadora da Atenção Primária, Missão Sal da Terra, Uberlândia/MG.

^c Magistério pela Escola Estadual José Franco de Gouveia; supervisora administrativa da Atenção Primária, Missão Sal da Terra, Uberlândia/MG.

^d Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU); especialização em Gestão em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG); especialização em Educação Profissional na Área de Saúde, Docência no Ensino Superior e Administração Hospitalar pela UFMG; diretora da Atenção Primária, Missão Sal da Terra, Uberlândia/MG.

três primeiros meses de 2021, foi mantida a demanda para outras finalidades (dúvidas sobre vacinação e fluxos de atendimento). O uso da ferramenta para agendamento de consultas em uma unidade de saúde apresenta-se como método exitoso, que possibilita a diminuição de filas presenciais, a harmonização da ambiência, a democratização do acesso, o aumento da confiança do usuário e o estreitamento do vínculo da população com a unidade de saúde.

Palavras-chave: Comunicação em saúde; Aplicações da informática médica; Atenção Primária à Saúde.

INTRODUÇÃO

Em dezembro de 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS) teve acesso às primeiras informações sobre casos de pneumonia de etiologia desconhecida detectados na cidade de Wuhan, na província chinesa de Hubei. Identificou-se, então, um novo tipo de coronavírus, o Sars-CoV-2¹, hoje responsável por uma das maiores pandemias já vistas. Segundo dados do governo brasileiro, até 19 de abril de 2021 já haviam sido registrados 13.973.695 casos e 374.682 mortes no país². A covid-19, causada pelo novo coronavírus, é uma doença infecciosa em que o paciente apresenta doença respiratória leve ou moderada, geralmente com recuperação sem a necessidade de tratamento especial, porém nos casos de idosos e aqueles com problemas médicos subjacentes (comorbidades), há uma maior probabilidade de desenvolvimento de quadros graves³. As principais estratégias preconizadas para evitar a disseminação do vírus têm sido medidas de isolamento de casos positivos e contatos, o distanciamento social da população geral e a utilização de máscaras. Nesse contexto, busca-se a adequação dos sistemas de saúde diante do aumento abrupto da demanda por leitos de internação, a fim de evitar o colapso da assistência hospitalar⁴.

Evidências indicam que, embora transformações nos fluxos e na organização da rede de atenção possam parecer difíceis, deixar de realizá-las representa maior possibilidade de disseminação da doença e ineficiência na utilização de recursos. Soluções específicas para essa reorganização devem ser adaptadas a cada contexto, respeitando tanto princípios gerais como a

capacidade de resposta local. De todo modo, muito pode ser feito com as estruturas pré-existentes, complementando-as com novos subsídios e iniciativas⁵.

Desta forma, no cenário de pandemia em que uma doença respiratória é transmitida por meio de gotículas ou por contato, inúmeros desafios apresentaram-se às instituições de saúde, tais como adequações estruturais nos espaços para atender às demandas de isolamento e capacitação de colaboradores para lidar com a nova realidade⁶, além de estratégias como o uso de tendas para atendimento externo, transporte para apoio à atenção domiciliar e acesso livre a telefones celulares e internet de qualidade⁵, visando à melhor comunicação com a comunidade.

Vale destacar que, com a popularização da internet nas últimas décadas, a sociedade vivenciou, de forma geral, uma revolução nos modos de se comunicar. O *WhatsApp* surge, então, como recurso tecnológico que favorece a comunicação entre aqueles que têm acesso a ele⁷, sendo considerado uma tecnologia de baixo custo, que pode ser utilizada dentro do ambiente de trabalho mediante autorização da instituição e desde que não extrapole os parâmetros legais de utilização, com a ressalva de que todas as informações passadas têm absoluto caráter confidencial^{8,9}.

Se o distanciamento social aparece como uma das principais medidas de prevenção da covid-19, evitar a aglomeração de pacientes nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) – seja aguardando atendimento, seja para agendamentos – é uma das estratégias mais desafiadoras a serem pensadas pelos gestores.

OBJETIVO

Relatar a experiência de uso da ferramenta *on-line* de comunicação *WhatsApp* para agendamento de consultas, em diferentes especialidades, em uma UBS da atenção primária em saúde (APS) localizada no Setor Sanitário Sul do município de Uberlândia (MG), no período de 2019 a 2021.

MÉTODO

O relato de experiência apresenta um comparativo dos agendamentos de consulta entre os anos de 2019, 2020 e 2021.

Até 2017, a Central de Marcação de Consultas da UBS Pampulha tinha um fluxo de atendimentos presenciais. Os atendimentos prioritários garantidos por lei, como a idosos e gestantes, também eram feitos por telefone, por meio de ramal telefônico sem custos para os pacientes.

Com o avanço das tecnologias digitais, os canais de comunicação foram sendo adaptados e, em 12 de julho de 2017, a Central de Marcação foi contemplada com três aparelhos que dispunham do aplicativo *WhatsApp*, complementados em 2019 por um dispositivo com maior capacidade de memória. Assim, a partir de outubro de 2019, com a chegada do novo aparelho, os atendimentos via *WhatsApp* substituíram a linha telefônica fixa no atendimento remoto para agendamento de consultas na APS, visando a garantir mais conforto, agilidade e comodidade para a população. Todos os atendimentos realizados por essa via passaram a ser relatados diariamente em planilha de atendimento. O atendimento pelo aplicativo foi divulgado em folhetos distribuídos na própria unidade e em publicidade nos perfis da organização de saúde nas redes sociais digitais.

A Orientação Fundamentada n. 039/2016 do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (Coren-SP) reconhece que o uso das novas tecnologias

de comunicação vem aumentando a cada dia para facilitar processos⁸. Nesse contexto, a implementação da nova ferramenta apoiou-se em princípios éticos, considerando as regulamentações existentes sobre teleatendimento em saúde^{10,11}.

O agendamento de consultas por meio dessa ferramenta *on-line* é feito por um colaborador dedicado exclusivamente a essa função, de segunda a sexta-feira, das 7h às 19h, e com prazo máximo de 24 horas para resposta. Mensagens enviadas durante o fim de semana são visualizadas e respondidas no primeiro dia útil. A cada mensagem recebida, é enviada uma resposta automática solicitando data de nascimento e nomes do paciente e da mãe, bem como apresentando os tipos de agendamento que o setor oferece: clínica geral, pediatria, ginecologia e enfermagem.

RESULTADOS

A UBS Pampulha está localizada no Setor Sanitário Sul de Uberlândia, que é administrado pela organização social Missão Sal da Terra e possui uma extensa área de abrangência, com população estimada em 60 mil pessoas. Oferece atendimento multidisciplinar que contempla todo o ciclo de vida – crianças, adolescentes, adultos e idosos – com foco na promoção à saúde e na prevenção. Dentre os bairros de abrangência, estão: Santa Mônica, Segismundo Pereira, Pampulha, Carajás, Vigilato Pereira, Jardim Finotti e Saraiva. As categorias profissionais envolvidas são: clínico geral, ginecologista, pediatra, enfermeiro, farmacêutico, educador físico, assistente social, psicólogo, dentista, nutricionista, agente de saúde, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta.

Como reflexo desse extenso contingente populacional, o número de pacientes que procuravam a Central de Marcação de Consultas da unidade diariamente era expressivo e gerava um aumento na circulação de

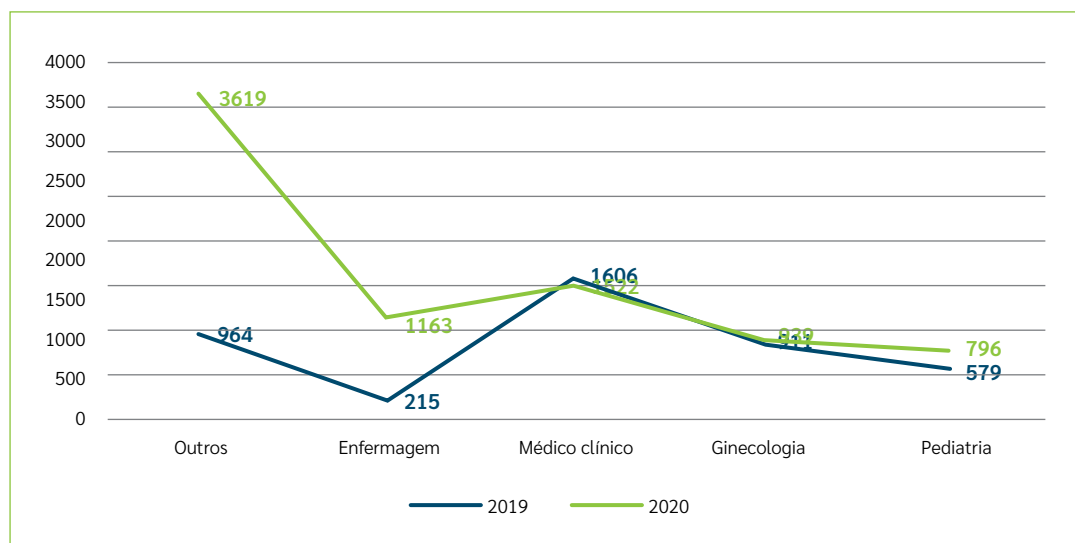
peças e aglomerações. Assim, o uso da ferramenta de comunicação *on-line* surgiu como alternativa ao antigo fluxo, que demandava a ida dos pacientes à unidade para agendamento, para reduzir a circulação de pessoas no local durante a pandemia – o que, por sua vez, evita possíveis aglomerações e contribui para o controle epidemiológico.

Em 2021, a ferramenta *WhatsApp* já integra a rotina da Central de Marcação, sendo parte dos processos de trabalho, otimizando-os e gerando facilidade de acesso e agilidade nas solicitações dos usuários. Nesse cenário e com os avanços das tecnologias de informação e comunicação, o uso do *WhatsApp* tem se mostrado uma alternativa democrática, de baixo custo e de fácil acesso para os pacientes se comunicarem com a

unidade, sem a necessidade de se deslocar de sua residência ou de seu trabalho.

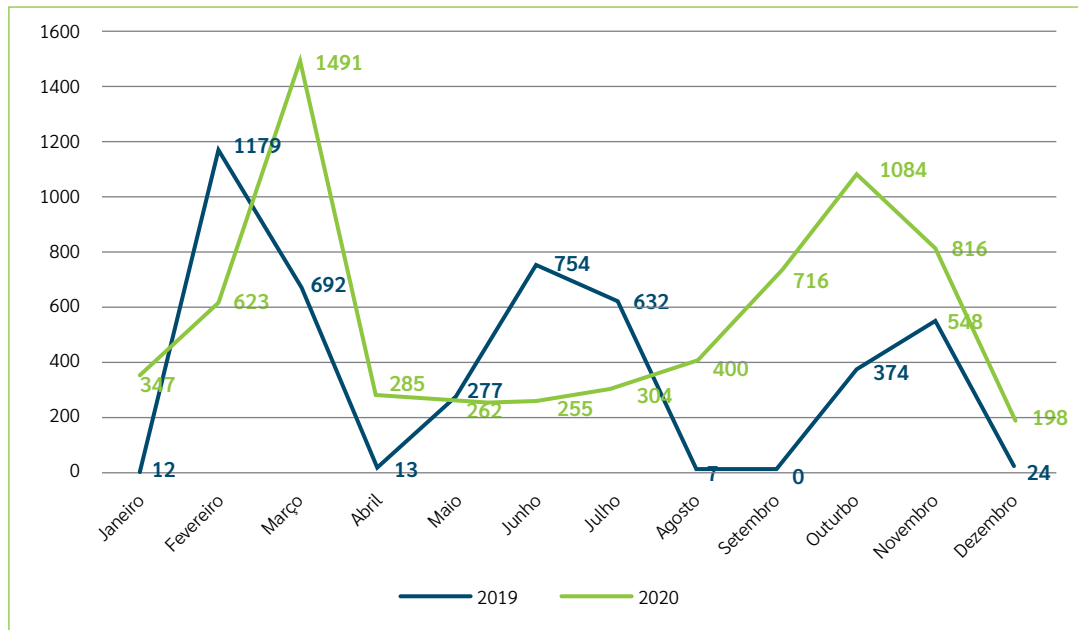
Os Gráficos 1 a 3 apresentam a comparação entre os tipos de solicitações realizadas via *WhatsApp* desde o início do monitoramento, em 2019, pela Central de Marcação da UBS Pampulha. Os atendimentos pela ferramenta são informados em planilha no programa *Excel*, acessível a todos os colaboradores do setor. Nessa planilha, são notificados a data do atendimento, o nome do paciente, o motivo do atendimento solicitado e o colaborador que realizou o atendimento. A ação de monitoramento foi elaborada pela própria instituição, com o intuito de gerar indicadores que apresentem dados quantitativos sobre os fluxos de atendimento para aperfeiçoamento de rotinas e padronização de condutas.

Gráfico 1 – Número total de agendamentos de consultas via *WhatsApp* de 2019 a 2020, por especialidade de atendimento.



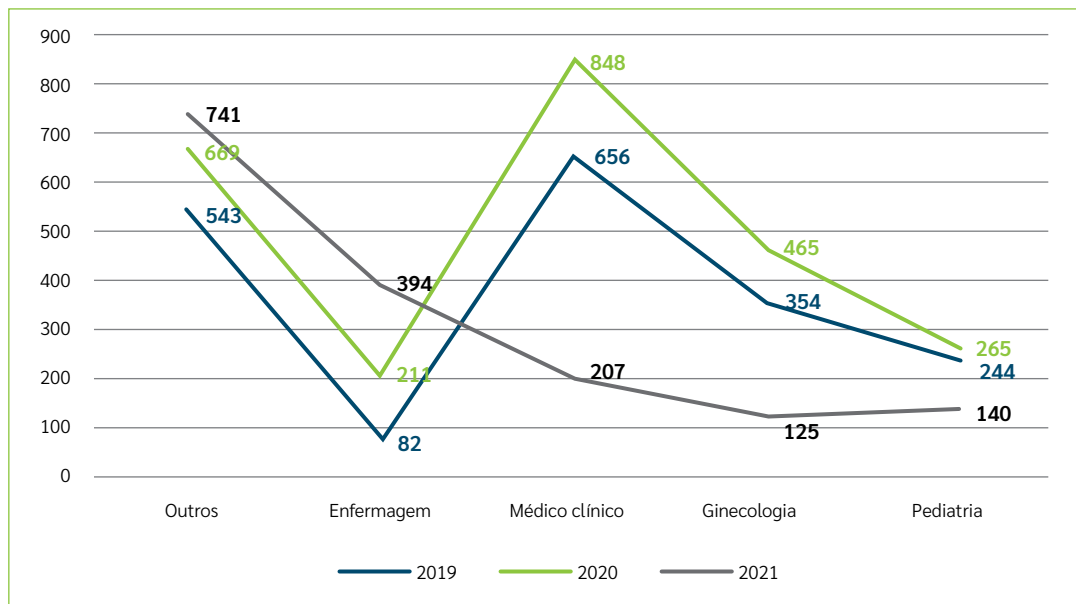
Fonte: elaboração das autoras

Gráfico 2 – Número total de agendamentos de consultas via *WhatsApp* de janeiro de 2019 a abril de 2021, por mês.



Fonte: elaboração das autoras

Gráfico 3 – Número total de agendamentos de consultas via *WhatsApp* de janeiro de 2019 a abril de 2021, por especialidade de atendimento.



Fonte: elaboração das autoras

Com o monitoramento das solicitações realizadas por *WhatsApp* a partir de 2019, nota-se aumento de 88% no número de mensagens no período de um ano, passando de 4.275 solicitações em 2019 para 8.036

em 2020. A única categoria que apresentou queda foi a de médico clínico geral (1.606 solicitações em 2019 e 1.522 em 2020), porém sem diferença significativa (5%). Percebe-se também uma alternância

entre os meses de maior solicitação de atendimentos: em 2019, os meses de fevereiro, maio, junho e julho apresentaram maior demanda em comparação com os mesmos meses de 2020; nos demais meses, as solicitações foram em maior número em 2020.

Observando-se os três primeiros meses (janeiro, fevereiro e março) de cada ano, percebe-se um crescimento de 31% entre 2019 (1.879 solicitações) e 2020 (2.458 solicitações), porém uma queda de 35% entre 2020 e 2021 (1.607 solicitações). Quanto às categorias, houve queda nas solicitações de agendamento para clínica geral (76%), ginecologia (73%) e pediatria (47%), enquanto enfermagem e “outros” mantiveram aumento constante. A categoria “outros” refere-se a contatos via *WhatsApp* que não especificavam a especialidade desejada para agendamento de consulta ou que faziam outros tipos de solicitação, como dúvidas sobre agendamento com especialidades (ginecologia e pediatria), solicitação de cartão SUS, pacientes sem cadastro e segunda via de comprovantes de encaminhamentos e agendamentos.

DISCUSSÃO

No contexto de pandemia, destaca-se ainda mais a importância da APS como porta de entrada do paciente no SUS e, uma vez tomada como ordenadora da atenção, auxilia os demais níveis de assistência a evitar superlotações e a atender às demandas de casos graves. Por conseguinte, é necessária a garantia do bom funcionamento da APS, inclusive por meio da valorização das equipes de saúde da família (ESF), assegurando-lhes condições dignas de trabalho e de assistência¹² a fim de fortalecer cada vez mais esse nível de atenção.

As recomendações aos serviços de atenção primária no enfrentamento à pandemia orientam a realização de ações de cuidado à distância, por meio de teleatendimentos, a fim de diminuir a ida dos usuários às unidades de saúde¹³. No começo do ano de 2020, com os primeiros casos de covid-19 e o início da pandemia, todos os setores de atendimento em saúde da UBS Pampulha tiveram que se adaptar. O *WhatsApp* tornou-se, então, uma ferramenta de porta de entrada, atendendo não somente a agendamento de consultas, mas também a outras demandas diversas, tais como informações sobre vacinação, orientações sobre consultas especializadas e fluxos de atendimento de farmácia, odontologia, psicologia, serviço social e outros serviços.

O uso de aplicativos de mensagem instantânea apresenta-se como forma de incentivar o fluxo de dados e informações para a tomada de decisão e, assim, contribui com a geração de conhecimento em redes de saúde e a ampliação dos canais de comunicação para acesso aos serviços de saúde¹⁴. Já sendo resolutiva no atendimento ao público, a ferramenta de comunicação digital sobressaiu-se ainda mais como mecanismo para lidar com o distanciamento social exigido pela pandemia, uma vez que muitos pacientes passaram a preferir tirar suas dúvidas via aplicativo para não comparecer à unidade de saúde¹⁵.

A queda no número de solicitações de agendamento em clínica geral, ginecologia e pediatria observada nos três primeiros meses de 2021 pode ser justificada pela Deliberação nº 06, de 22 de fevereiro de 2021, do Núcleo Estratégico do Comitê Municipal de Enfrentamento ao Covid-19 de Uberlândia^e, que instituiu medidas extraordinárias devido ao agravamento da pandemia no município e, consequentemente, estipulou as diretrizes para o atendimento da Rede de Atenção à Saúde por meio do Decreto Municipal

^e Prefeitura Municipal de Uberlândia (Brasil). Deliberação nº 06, de 22 de fevereiro de 2021, do Núcleo Estratégico do Comitê Municipal de Enfrentamento ao Covid-19. Institui as medidas extraordinárias de enfrentamento ao novo coronavírus – Sars-CoV-2, causador da covid-19, que especifica e dá outras providências [Internet]. Available from: <https://docs.uberlandia.mg.gov.br/wp-content/uploads/2021/02/DELIBERA%C3%87%C3%83O-N%C2%BA-06-DE-22-DE-FEVEREIRO-DE-2021-Docmentos-Google.pdf>

031/2021 de 18/02/2021. Tal edito determinou a suspensão temporária de todos os atendimentos presenciais de Clínica Médica, enfermagem, Ginecologia e Pediatria, salvo as consultas de pré-natal e de puericultura para recém-nascido com a pediatria; ações do quinto dia para puérpera (ginecologista e enfermagem) e recém-nascido (realização da triagem neonatal – teste do pezinho).

Acredita-se que a procura por agendamentos de consultas via *WhatsApp* teve queda natural após o decreto, com a população sendo informada pelos canais de telecomunicação do município sobre as novas normas temporárias de funcionamento das unidades de saúde, realizando o contato para outros tipos de solicitações. Ou seja, o uso do *WhatsApp* não foi utilizado nesse período pela população para outras solicitações e demandas, tais como esclarecimento de fluxos e dúvidas diversas. De fato, os dados referentes à categoria “outros” mostram que houve crescimento contínuo nesse tipo de contato: 543 em 2019, 669 em 2020 e 741 em 2021 – aumento de 36% de 2019 a 2021, comparando-se os três primeiros meses de cada ano.

Vale destacar a crescente procura por atendimentos de enfermagem, de 215 solicitações de agendamento em 2019 para 1.163 em 2020. Na comparação dos três primeiros meses de cada ano analisado, houve aumento de 157% entre 2019 e 2020 (de 82 para 211 solicitações de atendimento), e de 87% entre 2020 e 2021 (de 211 para 394 solicitações de atendimento). Tal crescimento pode ser explicado pelo vínculo que a população vem construindo com essa categoria profissional e pela valorização do profissional enfermeiro como o principal colaborador para acolhimento do paciente, ainda que em tempo de readequação das formas de atendimento. Contribuiu também o fato de o município possuir a Normatização da Estratificação de Risco e Parametrização das Consultas de Atenção à Saúde: Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial, Criança, Gestante e Mulher, cuja última atualização ocorreu em 5 de novembro de 2019 e que estabelece

a periodicidade para agendamento de consultas e solicitação de exames com os profissionais de medicina e enfermagem de acordo com a classificação de risco. Assim, é por meio da parametrização das consultas que a unidade consegue garantir o agendamento de todas as consultas ao longo do ano, de acordo com as diretrizes do município a cada grupo de pacientes crônicos conforme sua classificação. Tal ação visa ao acompanhamento adequado dos pacientes conforme o risco previamente estratificado, a fim de evitar a agudização de quadros clínicos ou o declínio funcional de pacientes classificados com médio e baixo risco, que, ao serem manejados na atenção primária, deixam de onerar significativamente a rede pública na atenção secundária.

Estudo brasileiro com o objetivo de descrever como e em quais circunstâncias uma equipe de saúde de Ceilândia (DF) implementou o *WhatsApp* como estratégia de atendimento remoto às demandas administrativas apontou que demandas como solicitação de marcação de consultas e fluxos diversos, como sala de vacina e marcação de exames, entre outros, se repetiram diversas vezes entre as mensagens recebidas¹⁵. Outra publicação brasileira, objetivando compartilhar experiência de uso do aplicativo *WhatsApp* na educação como recurso de promoção da saúde, apontou que, no início da intervenção e do diálogo por *WhatsApp*, a adaptação do conteúdo das mensagens e a interatividade foram considerados características importantes das intervenções enviadas pelo aplicativo. Os autores defendem tratar-se de uma área inovadora para pesquisa, sendo necessários mais estudos para avaliar a implementação e manutenção a fim de permitir que todo o potencial desse meio de comunicação seja explorado¹⁶.

O *WhatsApp* oferece potencial de ultrapassar barreiras tradicionais – distância, tempo e custo –, o que consequentemente favorece o diálogo, a socialidade e a relação entre equipes de saúde e usuários do sistema¹⁶. Ficam evidentes as consequências benéficas desencadeadas pela implementação do uso do *WhatsApp* na rotina do setor de marcação de

consultas, tais como: redução de filas para solicitação presencial de agendamentos; harmonização da ambiência devido à diminuição das aglomerações e dos ruídos na unidade; democratização do acesso graças à facilidade de comunicação; agilidade das respostas; e aumento do vínculo e da confiança dos usuários em relação à unidade de saúde, evidenciado pelo crescimento das solicitações via aplicativo.

Para além dessa nova realidade, já rotineira há mais de um ano e que demanda cuidados como o distanciamento social, sempre será necessário rever processos, melhorar a infraestrutura da APS, compreender novas tecnologias e aderir a elas, ampliar o acesso e capacitar profissionais, a fim de que APS possa se tornar mais eficiente, efetiva e de qualidade. A temática do acesso aos serviços na APS como direito de cidadania envolve a discussão de melhorias na normatização e regulação do Sistema Único de Saúde (SUS) e mais debates acerca de estruturas e processos de trabalho necessários para a qualificação da APS como principal porta de entrada no sistema de saúde¹⁷.

CONCLUSÃO

O uso da ferramenta *on-line* para comunicação e agendamento de consultas em uma UBS mostra-se uma estratégia de êxito, que possibilita a diminuição

de filas, a harmonização da ambiência, a democratização do acesso, a aumento da confiança do usuário e o estreitamento do vínculo da população com a unidade. O cenário da pandemia de covid-19 foi um vetor de transformações e melhorias, que devem ser permanentes, uma vez que colaboram para o desenvolvimento da qualidade do atendimento na atenção primária à saúde. De uma situação extremamente crítica e desafiadora, emergiram soluções que exigiram das instituições de saúde e dos profissionais persistência e resiliência para elaboração e adaptação de fluxos e procedimentos na condução dos processos. Assim, a utilização de tal ferramenta evidenciou-se como tática bem-sucedida já estabelecida e, no cenário atual, excepcionalmente necessária.

Fatores limitantes deste relato de experiência concentram-se no início recente da captação dos dados e em sua análise descritiva, sem análise estatística e qualitativa. Os próximos passos, portanto, são melhorias nos processos de avaliação dos indicadores já estabelecidos e incorporação de novos. Por se tratar de um relato, este artigo não possibilita a generalização dos resultados, ressaltando a necessidade de estudos mais elaborados que descrevam outros indicadores com mais precisão, como o perfil dos pacientes e as especificações das demandas solicitadas via aplicativo, para aprimoramento dos processos.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Novel Coronavirus (2019-nCoV) Situation Report – 1, 21 January 2020 [Internet]. 2020 Jan 21 [cited 2021 Apr 20]. Available from: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200121-sitrep-1-2019-ncov.pdf?sfvrsn=20a99c10_Z
2. Ministério da Saúde (Brasil). Covid-19 no Brasil [Internet]. 2021 [cited 2021 Apr 20]. Available from: https://qsprod.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html
3. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) pandemic [Internet]. 2019 [cited 2021 Apr 20]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
4. Prem K, Liu Y, Russell TW, Kucharski AJ, Eggo RM, Davies N, et al. The effect of control strategies to reduce social mixing on outcomes of the COVID-19 epidemic in Wuhan, China: a modelling study. *Lancet* [Internet]. 2020 May 01 [cited 2021 Apr 2021];5(5):e261-e70. Available from: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30073-6](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30073-6)

5. Daumas RP, Silva GA, Tasca R, Leite IC, Greco PBDB, et al. O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2020 [cited 2021 Apr 20];36(6):e00104120. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00104120>
6. Reis PR, Montenegro WS, Palácio G. Educação corporativa em tempos pandêmicos: remodelando o processo de ensino e aprendizagem com alternativas de baixo custo e alto desempenho. *IQG Science*. 2021;2:34-43.
7. Vivot CC, L'Abbate S, Fortuna CM, Sacardo DP, Kasper M. O uso do WhatsApp enquanto ferramenta de pesquisa na análise das práticas profissionais da enfermagem na Atenção Básica. *Mnemosine* [Internet]. 2019 [cited 2021 Apr 20];15(1):242-264. Available from: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/mnemosine/article/view/45984>
8. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Orientação Fundamentada nº 039/2016. Assunto: Utilização do WhatsApp no ambiente de trabalho. 2016 [cited 2021 Apr 20]. Available from: https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2016/05/Orienta%C3%A7%C3%A3o%20Fundamentada%20-%20039_1.pdf
9. Grinberg M. Bioética e troca de mensagens por aplicativo WhatsApp sempre alerta na palma da mão. *ABC., imagem cardiovasc* [Internet]. 2018 [cited 2021 Apr 20];31(3):126-129. Available from: <http://departamentos.cardiol.br/dic/publicacoes/revistadic/revista/2018/portugues/Revista03/revista-abc-imagem-editorial-3103-bioetica-portugues.pdf>
10. Conselho Federal de Medicina (Brasil). PROCESSO-CONSULTA CFM nº 50/2016 – PARECER CFM nº 14/2017. 2017 [cited 2021 May 03]. Available from: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/03/14_2017.pdf
11. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Ofício CFM nº 1756/2020. 2020 Mar 19 [cited 2021 May 03]. Available from: https://portal.cfm.org.br/images/PDF/2020_oficio_telemedicina.pdf
12. Farias LABG, Colares MP, Barretoti FCA, Cavalcanti LPG. O papel da atenção primária no combate ao Covid-19: impacto na saúde pública e perspectivas futuras. *Rev bras med fam comunidade* [Internet]. 2020 [cited 2021 May 03];15(42):2455-2455. Available from: [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2455](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2455)
13. Engstrom E, Melo E, Giovanella L, Mendes A, Graboys V, Mendonça MHM. Recomendações para a organização da atenção primária à saúde no SUS no enfrentamento da covid-19. *Observatório Covid-19. Série Linha de Cuidado Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde* [Internet]. Fiocruz; 2020 [cited 2021 May 03]. Available from: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/recomendacoes_aps_no_sus_para_enfrentamento_da_covid-19_versao_leitura_uma_coluna_1_.pdf
14. Pinto LF, Rocha CMF. Inovações na Atenção Primária em Saúde: o uso de ferramentas de tecnologia de comunicação e informação para apoio à gestão local. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2016 [cited 2021 May 03];21(5):1433-1448. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.26662015>
15. Alencar SS, Souza FA. Uso do WhatsApp por uma equipe de Saúde da Família como estratégia para lidar com demandas administrativas. *HRJ* [Internet]. 2021 [cited 2021 May 03];2(9). Available from: <https://escsresidencias.emnuvens.com.br/hrj/article/view/170/104>
16. Stringhini MLF, Chagas JS, Reis MJM, Brito PRT, Souza DS. WHATSAPP® como ferramenta de promoção da saúde com diabetes. *Revista UFG* [Internet]. 2019 [cited 2021 May 03];19(e-56925):1-15. <https://doi.org/10.5216/revufg.v19i0.56925>
17. Norman AH, Tesser CD. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. *Saúde Soc* [Internet]. 2015 [cited 2021 May 03];24(1):165-179. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000100013>



Modelo lúdico de planejamento estratégico para a gestão organizacional em unidades de saúde

Daiane Leite de Almeida^a, Ristori Geralda Pinto^b, Thalita Marques de Mesquita^c, Vinicius Barbosa Cavalcante de Menezes^d, Yasmyny Natash da Silva Cahet^e

Resumo

Utilizar estratégias de melhoria para fácil aplicação dos processos de uma instituição é se comprometer com resultados confiáveis e eficientes. O planejamento estratégico permite as melhores condições de gestão e define como seus objetivos podem ser alcançados, mas muitas vezes é compreendido como estático e burocrático. A partir dessa premissa, este artigo é um relato de experiência que apresenta a construção de um modelo-base simples de construção de planejamento estratégico em unidades de saúde, elaborado em três etapas: levantamento dos conceitos e aprimoramento da equipe de gestão de qualidade por meio de cursos de capacitação; reuniões com os gestores das unidades de saúde a respeito dos conceitos prévios sobre planejamento estratégico e das dificuldades enfrentadas para sua elaboração; e construção do modelo-padrão.

^a Graduação em Enfermagem pela Universidade Tiradentes (Unit); mestrado em Saúde Pública pela Unit.

^b Graduação em Administração de Empresas pela Ênfase Negócios; especialização em Gestão Hospitalar pelo Instituto de Ensino Superior Unimed.

^c Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN); especialização em Auditoria e Gestão Hospitalar pelo Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional (Cefap).

^d Graduação em Medicina pela Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD); especialização em Cardiologia pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC).

^e Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Alagoas (Ufal); especialização em Gestão e Docência de Educação a Distância pela Estácio.

A metodologia partiu de pesquisa bibliográfica nas bases *Scielo* e *Google Acadêmico*, com a seleção das publicações que dialogavam diretamente com a temática deste estudo. Como resultado, o modelo-base criado pela equipe de gestão de qualidade mostrou-se claro, conciso e dinâmico, com destaque para a construção lúdica do “pé de manga”, que permitiu melhor entendimento das etapas de construção do planejamento estratégico ideal para as unidades de saúde.

Palavras-chave: Planejamento Estratégico; Gestão Organizacional; Gestão de mudança; Gestão em saúde.

INTRODUÇÃO

Planejamento estratégico é definido como um plano que articula todas as ações para que seja possível atingir o que foi proposto para uma instituição atingir seus objetivos e resultados. Deve ser realizado anualmente e revisado trimestralmente com a participação ativa da alta gestão e das médias lideranças da organização¹. Ele deve ser considerado também como ferramenta de competitividade, pois, na medida em que propõe o aprimoramento das atividades, um bom modelo a ser seguido é possivelmente sinônimo de melhores resultados².

Assim, o planejamento estratégico é o processo de elaborar a estratégia de uma organização e definir como essa estratégia pode ser aplicada, podendo ser entendido como um instrumento da gestão organizacional para a busca de melhores resultados³. A execução do planejamento estratégico é de suma importância para a organização, pois, por meio dele, a gestão poderá controlar e coordenar suas atividades com vistas a atingir seus objetivos.

Aplicar um modelo de planejamento estratégico possível de responder às necessidades e situações locais prevalentes, identificando etapas evolutivas, é vantajoso e, portanto, deve ser o propósito de toda gestão organizacional de uma empresa⁴. Todavia, para alcançar êxito, é preciso ter fundamentação teórica e modelos aplicáveis⁵.

Embora existam algumas referências disponíveis, ainda são constatadas diversas dificuldades na construção dos passos do planejamento, que vão desde o conhecimento do público-alvo até a própria execução do que foi proposto. Entre os problemas mais comuns, estão a dificuldade de elaborar metas e objetivos claros, a alocação de recursos e o comprometimento dos funcionários com a participação ativa na construção do planejamento. No entanto, os maiores desafios estão relacionados à escassez de modelos simples, a padrões para os serviços de saúde e à ideia de que o planejamento estratégico é um processo rígido e de difícil aplicação⁶.

A gestão da mudança compreende o processo de reinvenção ou estruturação da empresa a fim de alterar algo em sua cultura, estratégia, estrutura ou produto. Nesse processo, são necessárias práticas de construção de modelos que possam envolver todas as pessoas nas mudanças a fim de obter melhores resultados⁷. Um importante mecanismo de apoio está na gestão de qualidade, que permite influir na estrutura de mudança responsável visando a aprimorar as práticas de trabalho e a otimização de processos⁷.

A partir da observação da necessidade de mudança em processos de planejamento estratégico de unidades de saúde que recebem consultoria de uma empresa de governança assistencial e gestão de qualidade, a equipe de qualidade da empresa propôs a construção de um novo fazer desse processo.

OBJETIVOS

Este artigo propõe apresentar a experiência de construção de um modelo estrutural do planejamento estratégico em unidades de saúde que fosse de fácil compreensão e aplicação, com embasamento teórico no ensino lúdico e didático. Dessa forma, oportuniza acesso livre a um material de consulta para profissionais da gestão organizacional e contribui para melhores resultados nas instituições de saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo descritivo de abordagem qualitativa e natureza aplicada, do tipo relato de experiência, que teve como finalidade integrar conhecimentos teóricos e práticos sobre os processos de gestão organizacional em unidades de saúde, apresentando o processo criativo e expondo o resultado da criação de um modelo-base para planejamento estratégico elaborado por uma equipe de gestão de qualidade. Como não envolveu diretamente seres humanos, não foi necessário passar por comitê de ética em pesquisa.

A experiência aqui relatada se deu em três etapas: (i) levantamento dos conceitos e aprimoramento da equipe de gestão de qualidade por meio de cursos de capacitação; (ii) reuniões com os gestores das unidades de saúde a respeito de seus conceitos prévios sobre planejamento estratégico e das dificuldades enfrentadas para sua elaboração; e (iii) construção do modelo-padrão aqui apresentado.

O aporte teórico na literatura foi acessado de forma virtual por meio das plataformas de pesquisa bibliográfica *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e *Google Acadêmico*. As palavras-chave usadas na pesquisa foram: “Planejamento Estratégico”; “Gestão Organizacional”; “Gestão de Unidade de Saúde”. Os subitens pesquisados foram: “Considerações da literatura para o planejamento estratégico”; “Processo criativo do modelo-base para as unidades de saúde”;

“Exemplo lúdico de planejamento estratégico”; e “Modelo-base de planejamento estratégico”.

O modelo foi construído em três meses, com a participação de cinco integrantes da gestão de qualidade (três enfermeiras, uma administradora e um médico) de uma empresa de governança assistencial e gestão de qualidade.

RESULTADOS

Fase conceitual

No primeiro momento da fase conceitual, foram realizadas buscas bibliográficas para identificar os diversos modelos existentes e sua estruturação diante dos conceitos e teorias utilizados, gerando a oportunidade de discutir teorias de métodos como o da Matriz BCG e o da Matriz de Ansoff e suas implicações nos planejamentos estratégicos empresariais.

Em seguida, alguns pontos foram discutidos entre os integrantes da equipe de qualidade, com destaque para o caráter de cooperação que deve ser evidenciado no planejamento. Os objetivos foram embasados em três planos estratégicos de fácil compreensão, porém a maioria das instituições apresentava objetivos traçados em planos falhos e não direcionados, tornando o planejamento incapaz de mobilizar resultados para a organização.

Entendendo as barreiras

Em um segundo momento, foram feitos encontros com gestores de unidades de saúde assessoradas pela empresa, nos quais se discutiram mais a fundo as teorias e os conceitos compreendidos por esses gestores.

Esses encontros possibilitaram identificar as dificuldades e barreiras encontradas na construção dos planejamentos, com a discussão de aspectos como: conceitos não práticos dos itens do planejamento, ausência de um

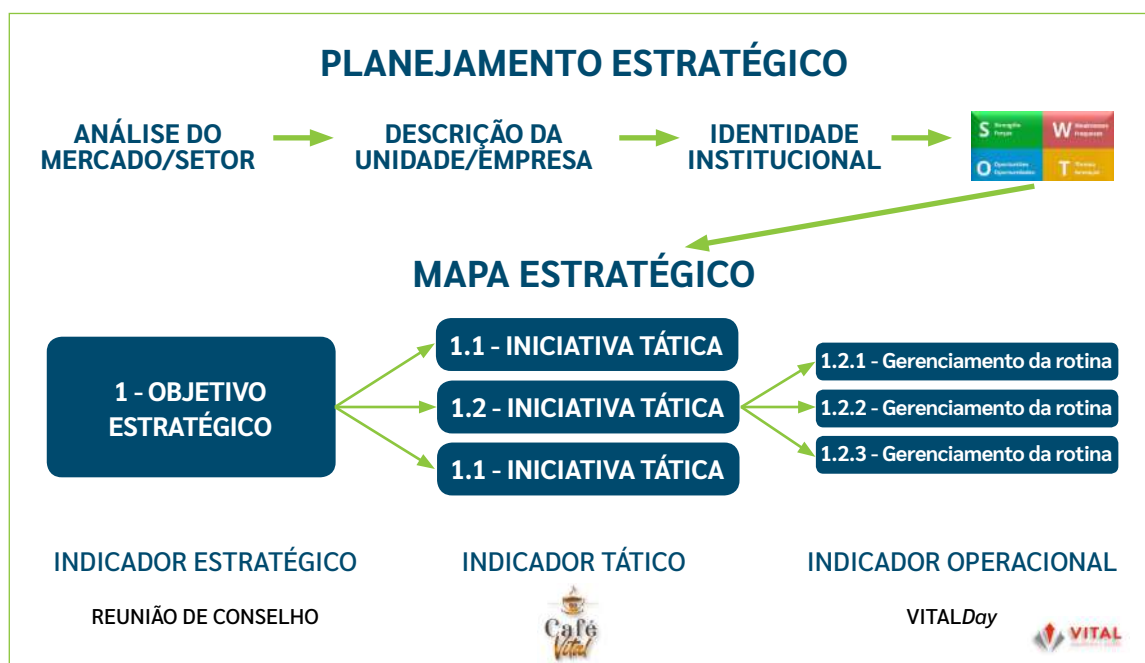
modelo-padrão (documento) a ser seguido, construção de indicadores, envolvimento da equipe na construção e ausência de exemplos de aplicação dos conceitos compatíveis com as realidades das unidades de saúde.

Com a compreensão global dos aspectos que impactavam diretamente a execução e os resultados do planejamento, a equipe de gestão de qualidade propôs desenvolver um modelo-base para os serviços e um método lúdico de fácil compreensão e aplicação.

Processo criativo do modelo-base para as unidades de saúde

A ideia do modelo-base construído foi compilar várias estratégias existentes a fim de consolidar uma referência de formatação e de conteúdo prático e viável para o aprimoramento diário das atividades nas unidades de saúde em que ele será empregado. Para isso, a equipe pensou primeiramente nos passos do planejamento, apresentados na Figura 1:

Figura 1 – Passos a serem seguidos no planejamento estratégico.



Fonte: elaboração dos autores.

O primeiro passo é a **análise descritiva do mercado/setor de saúde**, quando devem ser descritos a rede de saúde de apoio e de referência e contrarreferência, a cobertura populacional que o serviço abrange, os recursos públicos anuais destinados para a saúde e as perspectivas do mercado de saúde no município.

O segundo passo é a **descrição da unidade/empresa** que vai construir o planejamento, contendo: ano de fundação, breve histórico pertinente da unidade, modelo de gestão, objetivo dentro da rede de saúde, quantitativo de leitos e descrição detalhada dos

serviços ofertados, relação de custo, número de atendimentos e procedimentos por mês, perfil de recursos humanos e gestão de pessoas, e principais destaques.

O terceiro é a **definição da identidade institucional** caso ainda não esteja definida, ou seja, como a empresa se enxerga no mundo e clareza em três itens: (i) **missão**, que deve expressar o propósito da instituição, sua razão de existir, e o impacto que pretende causar em seu ambiente; (ii) **visão**, que deve expressar qual é o objetivo da instituição, aonde ela quer chegar; e (iii) **valores**, entendidos como atitudes e

comportamentos que permeiam a instituição e fazem parte dela, trabalhando meritocracia, ética, melhoria contínua e prazer em cuidar. Nesse aspecto, o modelo também trouxe exemplos básicos, para que a equipe relacionasse o conceito com sua aplicação.

O quarto passo é realizar uma análise SWOT – do inglês, *Strengths* (forças), *Weaknesses* (fraquezas), *Opportunities* (oportunidades), *Threats* (ameaças) –, que é uma análise mais crítica, sob a perspectiva ambiental (ameaças e possibilidades) e sob a perspectiva interna (forças e fraquezas da instituição). Após essas análises, delimitam-se parâmetros para definir o mapa estratégico, que traz de forma visual e organizada quais serão as iniciativas e ações para atingir os resultados almejados.

O quinto passo é a **construção do mapa estratégico**, discutido no modelo a partir dos conceitos e exemplos de indicadores e que serve como guia visual para a instituição atingir sua missão e sua visão.

O mapa estratégico é dividido em quatro perspectivas: finanças; usuários e sociedade; processos internos; e aprendizados/recursos. Nesse momento devem ser descritos os subitens objetivos estratégicos e iniciativas táticas.

Os **objetivos estratégicos** devem ser definidos dentro das quatro perspectivas do mapa estratégico e elaborados pela alta gestão da instituição, pois serão os direcionadores de toda a estratégia da instituição no período definido para o planejamento estratégico. Também devem ser limitados a até oito objetivos, sendo 50% deles objetivos mais perenes e com foco na garantia da segurança financeira e da qualidade assistencial e os outros 50%, objetivos mais inovadores e audaciosos a fim de abrir espaço para o desenvolvimento e o crescimento da instituição.

As **iniciativas táticas**, definidas a partir dos objetivos estratégicos, são de responsabilidade das médias lideranças e mensuradas através dos indicadores táticos. Os indicadores táticos deverão ser avaliados

mensalmente e apresentados conforme seleção da alta liderança a partir da análise dos objetivos estratégicos com piores desempenhos. As iniciativas podem ser de longo ou curto prazo e, em caso de várias iniciativas táticas serem sugeridas, deve-se lançar mão da matriz de priorização, avaliando objetivamente o peso de cada iniciativa em relação a seu impacto na sustentabilidade.

O sexto e último passo é o **acompanhamento do planejamento estratégico**, que deve ser feito na rotina diária dos respectivos setores, com a checagem do cumprimento das ações pelos colaboradores das pontas.

As lideranças são sensibilizadas a respeito de seu papel fundamental no acompanhamento e gerenciamento da rotina diária. As médias lideranças devem compilar mensalmente os indicadores táticos para serem apresentados e discutidos com a alta gestão das unidades ou nos setores da sede. Os indicadores estratégicos serão monitorados mensalmente nos mesmos encontros e revisados trimestralmente.

Como itens adicionais aos que a Figura 1 ilustra são a introdução, com a orientação de que contenha o conceito e objetivo do planejamento, e a conclusão, que resume a proposta construída no planejamento.

Após a integração dos processos de entendimento lúdico do planejamento estratégico, a equipe de qualidade desenvolveu também um guia estrutural (documento-padrão) a ser seguido pelas unidades de saúde às quais a empresa presta assessoria. Esse arquivo trouxe exemplos práticos dos itens a serem construídos e alguns desses itens contaram com texto introdutório das seções exigidas.

Após a construção dessa estrutura, o time entendeu que também deveria desenvolver uma maneira diferente para o entendimento dos passos, associando-os a uma figura lúdica para melhor entendimento de seu processo.

Exemplo lúdico de planejamento estratégico

Para aproximar o gestor dos conceitos, o método elaborado pela equipe foi denominado “pé de manga”,

que nada mais é do que imaginar sua empresa como uma mangueira. A ideia foi imaginar um modelo de empresa como se fosse um pé de manga tradicional (Figura 2).

Figura 2 – Modelo lúdico de empresa



Fonte: elaboração dos autores

O que se pode inferir sobre a empresa? Geralmente, a análise tende a ser superficial e partir de um olhar externo, mesmo que seja realizada por um membro da instituição. Na descrição do setor/mercado (Figura 3) da empresa a partir da imagem do pé de manga, é possível identificar outras árvores em seu entorno, ou seja, outras empresas que também produzem frutos, bem como entender a logística da colheita dos frutos e

a concorrência em relação a outras árvores frutíferas. Já na descrição da unidade/empresa (também apresentada na Figura 3), é possível delimitar a coloração específica dos frutos e o quantitativo por safra, bem como definir as características da árvore, o tamanho de sua copa, o diâmetro de seu caule etc. Esse exercício de identificação das características da árvore é realizado para identificar o perfil da empresa.

Figura 3 – Descrição do setor e descrição da unidade/empresa



Fonte: elaboração dos autores

Tratando-se da Identidade institucional, conforme a Figura 4, são traçados a missão, a visão e os valores da

empresa, mostrando como ela se identifica no contexto do mercado e do mundo.

Figura 4 – Identidade institucional da empresa



Fonte: elaboração dos autores

A análise SWOT (Figura 5) da empresa pé de manga expõe ludicamente suas ameaças e fraquezas, mas também suas oportunidades e suas forças.

Figura 5 – Análise SWOT



Fonte: elaboração dos autores

E, no mapa estratégico da empresa (Figura 6), têm-se o gerenciamento da rotina/operacional, as iniciativas táticas e os objetivos estratégicos.

Figura 6 – Mapa estratégico

Fonte: elaboração dos autores

A proposta descrita já foi aplicada em algumas unidades de saúde, incluindo a fase inicial de apresentação (por vídeo e aula) do modelo lúdico. Após *feedback* do processo de compreensão dos conceitos e aplicação do planejamento, foi agendado um encontro para aproximar a liderança ao documento-padrão a ser seguido e, por fim, foram agendados os momentos de construção do planejamento da unidade com apoio técnico e assessoria de um integrante do time da qualidade.

DISCUSSÃO

Os objetivos devem ser embasados no plano estratégico e de fácil compreensão. Como a maioria das instituições traça objetivos em planos falhos e não direcionados, o planejamento torna-se incapaz de mobilizar o resultado da organização⁸.

O método do pé de manga mostrou ser o diferencial do modelo-base, pois favoreceu o entendimento do planejamento estratégico. O ensino lúdico tornou o desenvolvimento da proposta mais dinâmico,

desmitificando o pensamento de que se trata de algo complicado e acessível somente a profissionais da alta gestão corporativa. A forma de construção proposta contribuiu para o ensino-aprendizagem criativo e reflexivo, aproximando os envolvidos do processo.

Pedroso⁹ ressalta que, para ter uma boa participação da equipe no processo, é preciso inibir o autoritarismo e deixar fluir a ação colaborativa das equipes, bem como convencer a equipe de que o planejamento será capaz de trazer resultados. Os objetivos estratégicos se apresentam nas discussões como eixo fundamental para a integração das metas e para esses resultados.

Inicialmente, a pandemia impôs um desafio ao projeto, mas essa barreira logo foi superada com a proposta de educação a distância, por vídeo. E os profissionais que assistiram apresentaram uma reação muito positiva ao treinamento, participando ativamente dos processos de planejamento estratégico em suas unidades e agindo como agentes transformadores e sujeitos da situação.

CONCLUSÃO

O modelo-base exposto neste estudo buscou solucionar fragilidades existentes entre a elaboração e a execução nos diversos modelos de planejamento estratégicos existentes em unidades de saúde por meio de um modelo-padrão claro e conciso, comum a todas as unidades. É possível concluir que seu objetivo foi alcançado, pois, com as reuniões de exposição, o modelo mostrou-se bem aceito pela gestão das unidades de saúde.

Para o futuro, identificam-se a necessidade e a possibilidade de novo estudo que consiga entender e discutir a percepção dos líderes quanto à execução do planejamento e à eficácia da ferramenta.

Este estudo também contribuiu para as teorias de gestão organizacional, gestão de mudança e qualidade, sendo uma importante experiência a ser seguida

dado seu modelo de “saber fazer” e de criação de mecanismos adaptáveis frente a uma barreira para a aplicação de um processo necessário a unidades de saúde em geral.

Outro resultado foi a percepção de que é possível ter um time de qualidade de gestão com uma prática de cultura de qualidade adaptável às necessidades das unidades de saúde e com protagonismo no desenvolvimento do processo, não assumindo apenas o papel consultivo e instrutivo comumente encontrado nas instituições.

Por fim, pode-se concluir que este estudo cumpriu seu objetivo de expor os passos para a criação de um modelo-base de planejamento estratégico, demonstrando de forma muito didática uma construção realista, básica e suficiente para que os passos iniciais da organização institucional sejam dados.

REFERÊNCIAS

1. Coral E. Modelo de planejamento estratégico para a sustentabilidade empresarial [dissertation]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.
2. Terence ACF. Planejamento estratégico como ferramenta de competitividade na pequena empresa: desenvolvimento e avaliação de um roteiro prático para o processo de elaboração do planejamento [dissertation]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2002.
3. Pires H. Planejamento Estratégico: lacunas entre elaboração e execução [undergraduate thesis]. Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro; 2016.
4. González MML. Planejamento estratégico em saúde com base em determinantes: o caso do município de Campo Bom (RS). Uma proposta metodológica para a gestão descentralizada. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2009 [cited 2021 Jul 14];14(1):1587-1597. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000800032>
5. Tajra SF. Gestão Estratégica na saúde. São Paulo: Saraiva Educação AS; 2006.
6. Neto JV, Marinho MS, Carvalho PS. Desafios da implantação do planejamento estratégico pela micro e pequena empresa. Rev Espacios. 2018 [cited 2021 May 05];39(33):9-24. Available from: <http://www.revistaespacios.com/a18v39n33/a18v39n33p09.pdf>
7. Fundação Nacional da Qualidade. Gestão da mudança é chave para sobrevivência das organizações [Internet]. 2018 [cited 2021 May 05]. Available from: <http://fnq.org.br/informe-se/noticias/gestao-da-mudanca-e-chave-para-sobrevivencia-das-organizacoes>
8. Junges JR, Barbiani R, Zomboli ELCP. Planejamento Estratégico como exigência ética para a equipe e a gestão local da Atenção Básica em Saúde. Interface [Internet]. 2015 [cited 2021 Apr 27];19(53). Available from: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0331>
9. Pedrosa MCA. Um modelo de gestão estratégica para serviços de saúde [dissertation]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2010.



Atribuições do enfermeiro em seu papel como líder

Luciane Nunes Pedroso^a, Solange de Souza^b, Geovana Magalhães Ferecini Tomasella^c, Ariadine Cristina Rodrigues de Oliveira^d

Resumo

Trata-se do relato de experiência de avaliadoras de serviços de saúde, no projeto de Certificação de Serviços de Enfermagem do IQG Health Services Accreditation. Avaliou-se a percepção de enfermeiros gestores e assistenciais sobre sua atuação em três eixos: prioridades de trabalho; autonomia para o trabalho e atribuições e responsabilidades para entrega; e trabalho em equipe. Como método, foram realizados grupos focais com participantes de diferentes níveis organizacionais, módulos-aula e um questionário semiestruturado. Observaram-se os pontos de maior relevância, as atividades específicas relatadas pelos

^a Graduação em Enfermagem pela Universidade Nove de Julho (Uninove); especialização em Centro Cirúrgico, CME e RPA pelo Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein; especialização em Auditoria de Contas Médicas Hospitalares pela Unileya; especialização em Docência para Enfermagem pela Uninove; avaliadora na IQG Health Services Accreditation, São Paulo/SP.

^b Graduação em Enfermagem pela Universidade Paulista (Unip); especialização em Gestão de Redes e Linhas pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz); MBA em Gestão em Saúde pelo Centro Universitário Leonardo Da Vinci (Uniasselvi); certificação Lean Six Sigma Yellow Belt pela EDTI; avaliadora na IQG Health Services Accreditation, São Paulo/SP.

^c Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar); mestrado e doutorado pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP); avaliadora na IQG Health Services Accreditation; São Paulo/SP.

^d Graduação em Enfermagem pela Anhanguera Educacional; especialização em Oncologia pelo Instituto Cotemar; especialização em Enfermagem em Ginecologia e Obstetrícia pela AVM Faculdades Integradas; MBA em Gestão Hospitalar pelo Centro Universitário Internacional (Uninter); MBA em Gestão de Pessoas pela Anhanguera Educacional; especialização em Gestão da Qualidade em Saúde pelo Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein; mestrado em Direção Estratégica de Organizações de Saúde pela Fundação Universitária Iberoamericana (Funiber); MBA em Gestão em Saúde pela Universidade de São Paulo (USP); avaliadora na IQG Health Services Accreditation, São Paulo/SP.

enfermeiros e seu papel como líderes, resolução de pendências e ausência de danos. Foram discutidas também as prioridades do trabalho, como a divisão de tarefas assistenciais dos técnicos de enfermagem e o dimensionamento da equipe. Houve relatos de falta de comunicação, engajamento e motivação para o trabalho em equipe. O projeto permitiu a discussão sobre o reposicionamento do enfermeiro em relação a suas atribuições dentro da organização e à frente do cuidado, mas também sobre a importância de seu desenvolvimento profissional como líder. Este deve ser um processo contínuo e estruturado nas organizações, orientando o processo de melhoria com foco na geração de valor ao paciente.

Palavras-chave: Gestão de Pessoal em Saúde, Governança compartilhada de enfermagem, Avaliação de serviços de saúde.

INTRODUÇÃO

Os profissionais de enfermagem representam atualmente mais de 50% da força de trabalho do setor saúde no Brasil¹, voltados tanto à assistência direta ao paciente como a atividades gerenciais. A atuação da equipe de enfermagem se dá nos diferentes níveis de atenção à saúde, incluindo promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde². No âmbito hospitalar, ressalta-se a complexidade do cuidado, além da assistência contínua, 24 horas por dia e sete dias por semana.

Destaca-se a liderança de equipes como um dos pilares da atuação do enfermeiro. O processo do trabalho requer que ele assuma também um papel gerencial, com tomada de decisão para resolução de problemas, mediação de conflitos, coordenação da equipe e planejamento da assistência³. Nesse contexto, o profissional de enfermagem precisa se reinventar continuamente, desconstruindo e reconstruindo sua maneira de pensar, e agir com foco no desenvolvimento profissional e alinhado a sua inserção na saúde e ao protagonismo que busca – e deve – ocupar⁴.

Assim, fazem parte do escopo desses profissionais a gestão de enfermagem, compreendida, segundo a legislação^{3,5}, como a atuação gerencial em planejamento, elaboração de ações, execução e avaliação, juntamente com a gestão do cuidado assistencial, que inclui planejamento, aplicação e efetividade da assistência à saúde.

É fundamental entender que esse escopo de atuação exige não só uma formação profissional e uma apropriação científica adequadas, mas também o devido reconhecimento institucional do papel do profissional de enfermagem, garantindo-lhe o embasamento para tomada de decisão.

O papel e a atribuição profissional da enfermagem estão pautados no código de ética da categoria, que a descreve como parte integrante das políticas públicas de saúde e fundamental em sua execução, por meio de ações que atendam às necessidades da população assistida pelos serviços disponíveis. O enfermeiro tem compromisso com o respeito à vida e aos direitos humanos, devendo exercer sua competência dentro dos princípios da ética e da bioética, orientado à integralidade do ser humano⁵. Também deve ser objetivo da enfermagem o engajamento da equipe para melhores resultados, por meio de estratégias para a coordenação do trabalho, a comunicação e a empatia, promovendo um ambiente laboral favorável⁶.

Para que essa gestão seja eficiente, é preciso garantir a autonomia do gestor, cuja tomada de decisão deve ser direcionada e subsidiada por informações advindas das políticas institucionais. Outras questões relacionadas à articulação dos integrantes da equipe também são determinantes para o sucesso das ações adotadas, destacando-se que a cultura organizacional

influencia o comportamento dos profissionais e o resultado da gestão⁷. Assim, o enfermeiro enquanto gestor desempenha um importante papel no trabalho em equipe, entendendo que, para o alcance dos resultados desejados, é necessário que haja engajamento e comprometimento dos profissionais. Também é essencial uma estrutura adequada no ambiente de trabalho, com todos os recursos necessários para as atividades laborais. Por fim, é importante que a gestão compreenda as necessidades individuais dos profissionais e atue para atendê-las. Todas essas ações favorecem o fortalecimento do trabalho⁸.

Nesse contexto de liderança está imbuída a atividade de gestão, para que os objetivos estabelecidos sejam alcançados mediante o planejamento do profissional enfermeiro. Vale reiterar que conhecimentos específicos de gestão e liderança subsidiam o pensamento reflexivo e crítico do enfermeiro gestor para a tomada de decisão. Infelizmente, a formação em enfermagem no Brasil tem um déficit nesses temas, dando maior foco à atuação tecnicista^{2,4}.

Partindo dessa premissa, entende-se que, na dimensão assistencial, o enfermeiro tem como foco compreender as necessidades individuais dos pacientes, provenientes da patologia, de fatores emocionais ou outras. O cuidado tem como propósito garantir o alcance dos objetivos traçados para o tratamento do paciente de maneira segura e efetiva e com qualidade. Tratando-se de um cuidado integrado com atuação de uma equipe multidisciplinar, o enfermeiro tem o papel de compreender e determinar um plano assistencial integral⁹. Já na dimensão administrativa, a organização voltada aos recursos tanto físicos e materiais como humanos é o principal foco do enfermeiro, adequando-os às condições de trabalho; nesta dimensão, também, a garantia de uma assistência de qualidade está voltada a seu desempenho para proporcionar um cuidado seguro e efetivo com base no conhecimento adquirido⁹.

Considerando o trabalho multidisciplinar na assistência à saúde, a equipe de enfermagem é essencial

para as instituições, pois ela reúne saberes e esforços para o sucesso no tratamento dos pacientes. É imprescindível, assim, avaliar as diretrizes organizacionais para que esses profissionais possam ser desenvolvidos com foco em competências e habilidades alinhadas às expectativas e necessidades da instituição e dos próprios profissionais¹⁰.

Para uma gestão efetiva, as competências administrativas e assistenciais devem estar alinhadas às atribuições diárias dos profissionais, com foco em ações voltadas para a organização do trabalho e o desenvolvimento da equipe, atendendo a suas necessidades coletivas e individuais e possibilitando o reconhecimento de talentos. No planejamento desse trabalho, é importante estabelecer prioridades, coordenar ações e avaliar os resultados da assistência prestada ao paciente, direcionando a equipe para o cuidado seguro, de qualidade e efetivo por meio de uma liderança mais assertiva¹¹.

OBJETIVO

Este artigo relata a experiência de três avaliadores de serviços de saúde durante sua participação no projeto de Certificação Serviços de Enfermagem, conduzido pelo IQG Health Services Accreditation. O objetivo do estudo foi avaliar a percepção que enfermeiros gestores e assistenciais tinham de sua própria atuação em termos de prioridades de trabalho, autonomia para o trabalho, atribuições e responsabilidades para entrega e trabalho em equipe.

MÉTODO

O estudo foi realizado no primeiro semestre de 2021 em uma instituição de saúde que presta serviços na atenção terciária e cujo perfil de atendimento é hospital geral e materno-infantil.

O programa de Certificação dos Serviços de Enfermagem, de abrangência nacional, tem como objetivo construir o reposicionamento do enfermeiro frente a suas atribuições, por meio de conhecimentos e diretrizes que o orientem para estratégias de desenvolvimento técnico-científico, fortalecendo seu empoderamento para além de sua percepção com base na demonstração de ações efetivas e de resultados de impacto na assistência ao paciente pautada em qualidade e segurança. Além disso, a certificação foca estratégias que despertem a reflexão dos enfermeiros, contribuindo para o desenvolvimento das equipes para uma melhor *performance* e o aperfeiçoamento contínuo. Com a realização de grupos focais de gestores de enfermagem e enfermeiros assistenciais, o programa busca despertar a responsabilização pelas atividades exercidas de maneira estruturada e baseada em evidências.

O método utilizado – grupo focal – visa a coletar informações e dados para desenvolvimento de pesquisa por meio da interação entre pessoas. Os critérios de abordagem são previamente definidos a fim de proporcionar um ambiente de discussão favorável, no qual os participantes se sintam à vontade para relatar suas práticas e, assim, colaborem com a pesquisa¹².

Todos os encontros realizados com os profissionais contaram com módulos-aula, que trabalharam temas relacionados à gestão a partir dos indicadores gerenciados pelo programa, além de abordar os papéis e responsabilidades dos diferentes níveis de atuação profissional do enfermeiro, raciocínio clínico e habilidades de gestão. O módulo-aula requer a interação de todos os participantes para o compartilhamento de ideias e conteúdos, mediado por um tutor para garantir um ambiente de aprendizagem efetivo, em que o conhecimento compartilhado é adequado à realidade e às necessidades de cada grupo¹³.

Nesta experiência, são descritos os resultados de oito grupos focais junto às equipes, com perguntas direcionadas para a compreensão das práticas adotadas

no dia a dia. Entre os temas abordados, estão o reposicionamento do enfermeiro, seus papéis e responsabilidades, sua atuação na gestão e a articulação para o trabalho em equipe, promovendo uma discussão reflexiva entre os participantes.

Como parte da construção do projeto, foi adotado o grupo focal com módulo-aula, para melhor explanação do assunto e associação das atividades com as práticas adotadas pela supervisão. Deste modo, foram discutidos os resultados nos diferentes níveis de atuação profissional, desde os mais altos cargos de gestão até o nível assistencial.

O estudo deu-se também pela análise das respostas a um questionário semiestruturado, com seis perguntas voltadas à compreensão da atuação do enfermeiro e do supervisor na perspectiva do gestor de enfermagem. Esse questionário foi encaminhado após a finalização das reuniões com os grupos focais e desenvolvido pelos participantes via *Google Forms*.

1. Por que o cuidado colaborativo é importante na saúde? E na prática de enfermagem?
2. Descreva uma equipe que está trabalhando bem em conjunto. Cite três princípios desta atuação que estão sendo realizadas.
3. Quais são os elementos necessários para uma equipe trabalhar efetivamente em conjunto?
4. Como você avalia a eficácia de uma equipe?
5. Quais são as barreiras para o trabalho em equipe de sucesso?
6. Descreva 3 pontos que a equipe está trabalhando atualmente para aumentar sua efetividade?

Posteriormente, foi realizada uma análise **qualitativa** das respostas, identificando pontos relevantes a serem discutidos, direcionados por eixos temáticos.

A análise qualitativa dos dados – tanto os dos grupos focais como os da entrevista semiestruturada – foi feita por meio de análise do discurso, campo da linguística

que busca interpretar textos (orais e escritos) para obtenção de sentidos subjacentes. Para além do conteúdo descrito, busca-se a reconstrução do contexto a partir da essência do que os participantes pretendem demonstrar, interpretando suas respostas¹².

RESULTADOS

A partir das reuniões com os grupos focais, dos módulos-aula e do questionário semiestruturado, três eixos da atuação da enfermagem foram discutidos com a equipe:

Eixo 1: Papéis e responsabilidades dos enfermeiros

Identificou-se que a percepção dos gestores está voltada às atribuições da rotina diária, sem um direcionamento para entrega de resultados relativos ao cuidado. Algumas discussões realizadas pelos enfermeiros estão atreladas ao cumprimento legal do dimensionamento das equipes, bem como às competências e habilidades necessárias à atuação dos enfermeiros.

Grande parte dos participantes considera como responsabilidades profissionais dos líderes assistenciais a ausência de pendências e a resolução de problemas relacionados à rotina diária, além da ausência de eventos como lesões por pressão ou quedas, conforme mostram as respostas a seguir:

“Soluções de problemas, resolutividade e acompanhamento do fluxo e rotina.” (P8)

“Entregar um plantão sem pendências, com qualidade assistencial e soluções mediante as demandas setoriais (demandas relacionadas ao número de internações, leitos disponíveis, entre outros).” (P14)

“Assistência de enfermagem padronizada, segura e de qualidade, avaliando riscos potenciais e com análises prospectivas” (P27)

Também foi indicada a necessidade de empoderamento profissional, traduzido em tomada de decisão autônoma frente a problemas relativos ao trabalho, com o reconhecimento de diretrizes para o trabalho:

“Empoderamento para solucionar problemas, resolutividade, acompanhamento de fluxos e rotinas.” (P10)

“Autonomia nas ações desenvolvidas pelo profissional, conhecimento de normas e rotinas da unidade e o empoderamento do profissional.” (P16)

“Empoderamento, maior autonomia e independência da atuação dos nossos profissionais.” (P18)

A efetividade das ações do líder assistencial voltadas à avaliação profissional e à gestão da equipe nos processos assistenciais foi descrita por um dos participantes:

“Assistência de qualidade, gestão da equipe de técnicos de enfermagem e gestão do serviço, avaliar e atuar em todo e qualquer cenário que se apresente dentro dos seus setores de responsabilidade, avaliar e acompanhar o processo de assistência, determinando o cumprimento efetivo do processo terapêutico proposto, entre outras atividades.” (P 29)

No entanto, atividades relativas à gestão de pessoas raramente foram apontadas como atribuição da enfermagem, o que demonstra a baixa percepção dos resultados esperados dessa gestão e de ações relativas ao desenvolvimento profissional.

É importante ressaltar que os enfermeiros compreendem que a autonomia para o trabalho se faz necessária para a prática de suas atividades diárias e pode contribuir para o reconhecimento profissional, proporcionando o empoderamento dos enfermeiros. Sobre este tema, foi feita uma reflexão crítica nos grupos focais e módulos-aula a respeito da importância de cada membro da equipe compreender seu papel dentro do ambiente ao qual foi designado para contribuir para os resultados esperados. A partir desse ponto, é necessário o líder utilizar a estratégia de acompanhamento e avaliação do desempenho, traçando ações para o

reconhecimento das qualidades e para o desenvolvimento dos liderados.

Eixo 2: Priorização do trabalho da equipe de enfermagem

Neste eixo, foram analisadas as percepções dos gestores e profissionais de enfermagem sobre a priorização do trabalho do enfermeiro. Não se observou essa percepção quanto a atividades relacionadas à complexidade do cuidado e ao foco no cuidado centrado.

Nas respostas sobre suas atividades prioritárias, os participantes deram ênfase ao cumprimento de atividades relacionadas ao dimensionamento (escalas, divisão de tarefas) e à realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Já as atividades de gestão são percebidas como auditoria ou “fiscalização” da execução de atividades de rotina diária pré-estabelecidas.

Portanto, o modelo de alinhamento do trabalho relatado pelos profissionais é de definição de prioridades entre todos os turnos e plantões, reduzindo a variabilidade de atuação e desempenho.

“Eu defino a escala de profissionais mensal, vale-transporte dos profissionais, reposição de faltas, escala de férias.” (P3)

“Checo toda a sistematização da assistência de Enfermagem (coleta de dados, diagnóstico de Enfermagem, planejamento de Enfermagem, Implementação e Avaliação) passagem de SNG, SVD, SVA...” (P5)

“Realizo os primeiros atendimentos, administro medicações, supervisiono equipes de Enfermagem e técnico, mantenho os prontuários do paciente atualizados, presto assistência quanto ao cuidado da saúde do paciente.” (P26)

A preocupação com a ausência profissional também foi uma atividade prioritária destacada pelos participantes, porém não atrelada à análise de complexidade e preparo profissional para atuação:

“Acompanhamento da equipe, gerenciamento de conflitos, realizar substituição de profissionais escalados quando necessário em caso de faltas, saídas inesperadas, elaborar escalas mensais e inserir no sistema, verificar e encaminhar pendências.” (P18)

Os enfermeiros mostraram grande preocupação com o acompanhamento do dimensionamento da equipe, que impacta diretamente a assistência ao paciente, relatando remanejamentos diários nas escalas previamente estabelecidas.

Os avaliadores propuseram, então, discussões acerca do dimensionamento da equipe de enfermeiros e técnicos de enfermagem com base na complexidade do cuidado e cuidado centrado no paciente. Além disso, foi discutida a otimização de conhecimento científico para a alocação dos profissionais de acordo com a área de formação, potencializando o desempenho subsidiado por conhecimentos específicos.

Eixo 3: Trabalho em equipe

O trabalho em equipe ainda é percebido como uma fragilidade institucional pelos enfermeiros, que destacaram como grandes desafios o individualismo, a falta de comunicação efetiva e o ambiente desfavorável devido a recursos (materiais e pessoais) insuficientes, ocasionando sobrecarga de atividades.

A eficácia da equipe foi avaliada apenas em relação à ausência de pendências e à resolução de problemas diários.

Para o engajamento do trabalho em equipe, os participantes entendem como primordiais os canais de comunicação, desde um elogio até orientações para o trabalho. Relatou-se o uso do *feedback* como ferramenta de comunicação, porém sem um método estruturado para aplicação e condução na prática diária dos enfermeiros e, principalmente, dos gestores. Outro ponto identificado pelos participantes foi o reconhecimento da equipe e sua importância para a satisfação no trabalho.

Destacam-se a seguir algumas respostas nesse sentido:

“*Feedback* de [com] elogios e orientações para o melhor fluxo, reuniões para alinhar rotinas dos setores.” (P16)

“Comunicação assertiva, reconhecimento, autonomia.” (P22)

A discussão sobre a liderança transformacional trouxe a importância das ações do gestor frente a sua equipe, cuja aplicação requer competências sustentadas pelo conhecimento científico, construção de um planejamento assistencial fundamentado pelo raciocínio clínico e habilidades de gestão para compreensão do ambiente de trabalho.

Na abordagem da liderança transformacional, foram citadas atitudes como inspirar e motivar pessoas e gerar um ambiente de respeito e confiança. Tais atitudes são essenciais para a promoção do trabalho colaborativo, pois promovem engajamento e fortalecem o compromisso. Discutiu-se a liderança como fundamental para a transformação de pessoas e resultados, para a compreensão do cenário e para a adaptação contínua, buscando soluções apoiadas pela organização.

DISCUSSÃO

O modelo utilizado para avaliação dos serviços de enfermagem possibilitou a identificação das diferentes percepções dos enfermeiros nos diferentes níveis hierárquicos.

Dentre os eixos de discussão, observaram-se as prioridades do enfermeiro assistencial. Foi muito frequente o relato de atividades como: sistematização da assistência da enfermagem; divisão de atividades em escalas; supervisão da equipe; atividades técnicas exclusivas do enfermeiro; e transferência de informações entre plantões. Desta forma, concluiu-se que os supervisores compreendem essas atividades como prioridades do enfermeiro.

A partir de tal conclusão, discutiu-se com a equipe o papel decisivo da liderança no desenvolvimento das equipes para o alcance dos objetivos estratégicos, com a compreensão dos resultados da assistência de enfermagem para além da ocorrência ou não de eventos relacionados à saúde, mas também relativos a todas as dimensões da atuação profissional do enfermeiro. Assim, foi abordado nos grupos focais o resultado assistencial como produto da cooperação da equipe multiprofissional.

Desta forma, coube a discussão sobre o papel do enfermeiro como gestor do cuidado, para além do reconhecimento de normas e rotinas voltadas a qualidade e segurança. Nesse sentido, as conversas incluíram o empoderamento dos enfermeiros, abordado como práticas associadas tanto às evidências científicas quanto ao reconhecimento das necessidades do paciente. Por meio de uma análise minuciosa do planejamento assistencial, das respostas ao cuidado desenvolvido e da definição de metas assistenciais para as intervenções propostas, tem-se um ciclo cujos resultados são a desejada melhora do paciente.

Inerente à gestão da enfermagem, a liderança é uma estratégia que apoia o gestor. No entanto, não foi percebida como parte das práticas diárias para que estas possam contribuir para a gestão de pessoas³⁻⁵.

Partindo da premissa de que o enfermeiro desempenha o papel de líder de equipes, ainda há oportunidades para discussão sobre este tema dentro das organizações de saúde, particularmente sobre estratégias com foco no desenvolvimento das lideranças. Contudo, a falta de preparo torna-se um desafio para os profissionais, que poderiam se apropriar de ferramentas de gestão e liderança para seu próprio desenvolvimento e o de sua equipe⁶⁻¹⁰.

Os enfermeiros enquanto líderes devem buscar aperfeiçoar-se continuamente, aliando conhecimento técnico-científico a habilidades pessoais para liderar, de modo a corresponder às expectativas da organização

e da equipe e a proporcionar uma prática mais crítica, reflexiva e participativa^{4,11,12}.

Há uma grande divergência de compreensão sobre as reais entregas pelas quais o enfermeiro assistencial é responsável, o que faz considerar que falta uma definição exata das responsabilidades desse profissional. Essa lacuna prejudica a execução das práticas diárias para o alcance dos objetivos desejados.

Ao assumir o papel de líder, o enfermeiro pode se articular com seus liderados para que os objetivos da organização e da equipe sejam alcançados, contemplando em sua liderança ações voltadas ao aprimoramento de práticas seguras e à coordenação do trabalho colaborativo e integrado¹³.

Dentro da gestão, outras competências além da liderança são necessárias para uma atuação efetiva, tais como: responsabilização, comprometimento, comunicação assertiva e autonomia para tomada de decisão¹⁴.

Em determinados momentos, quando há impacto no dimensionamento da equipe de enfermagem, a priorização do trabalho fica atrelada à priorização de tarefas – como verificação de sinais vitais ou mesmo administração de medicamentos –, pouco voltando-se para às necessidades individuais dos pacientes. Isso reduz a oportunidade de direcionar esforços da equipe para ações que poderiam ter maior impacto na assistência^{15,16}. Além disso, o planejamento assistencial realizado pelo enfermeiro requer conhecimento e raciocínio clínico na avaliação sobre riscos e na implementação de ações preventivas e corretivas¹⁷.

Portanto, o ambiente de trabalho deve ser observado pelos gestores para que tenham melhor compreensão das necessidades identificadas. A gestão falha pode ter impactos no trabalho dos enfermeiros. Aumento na complexidade do cuidado, inexperiência de colaboradores, falta de materiais e atividades que possam afastar os profissionais do beira-leito devem ser

minuciosamente observados e municiar a tomada de decisão dos gestores¹⁸⁻²⁰.

O planejamento assistencial da enfermagem possui interfaces em diferentes níveis. Duas delas são: a atuação interdependente, que necessita da interação e da integração do trabalho na construção de ações para um objetivo comum; e a comunicação efetiva com os demais profissionais da equipe multidisciplinar, colaborando com informações que possam determinar o plano assistencial realizado pelo enfermeiro. Da mesma forma, a comunicação com os demais membros da equipe deve ser efetiva¹⁷.

O atendimento ao paciente inclui pontos importantes da assistência, definidos como prioritários no cuidado centrado. Dentre eles, destacam-se: segurança, momento oportuno, eficiência e equidade¹⁶. Com a evolução da história da enfermagem, o enfermeiro deixou de ser “chefe” para assumir o papel de gestor. Desta forma, ocorreu o reposicionamento desse profissional na gestão do cuidado, com foco nas necessidades da prática assistencial e na estrutura administrativa para alcance da estratégia¹⁵. Neste contexto, entende-se que a formação acadêmica em enfermagem deve acompanhar as necessidades atuais; caso contrário, as falhas nas habilidades de gestão causarão prejuízo à atuação do enfermeiro¹⁶.

Para além da formação acadêmica, há muito a ser trabalhado nos modelos de gestão e liderança das instituições. O principal é reconhecer o enfermeiro como grande ator na transformação do cuidado e na busca por resultados desejados ao paciente e à organização de saúde¹⁷.

CONCLUSÃO

A atual assistência à saúde requer das instituições um esforço direcionado ao cuidado que gere valor ao paciente, norteador por princípios de qualidade e segurança. O enfermeiro é parte integrante e fundamental

da equipe multiprofissional de saúde e sua atuação colabora diretamente para o alcance desses objetivos.

O bom desempenho das equipes de enfermagem está vinculado a uma liderança positiva que realize uma gestão efetiva. Para que isso ocorra, algumas competências de liderança e gestão são necessárias, bem como a definição clara de atribuições e responsabilidades.

Há grandes oportunidades para discussões institucionais sobre como desenvolver e direcionar seus líderes,

compreendendo que o cuidado seguro ao paciente pode ser ameaçado em sua integralidade pela falta de um planejamento estruturado, principalmente no atual cenário de alta complexidade e falta de profissionais.

Pontos-chave que devem ser discutidos vão desde a formação profissional do enfermeiro até o fortalecimento contínuo de seu papel como líder nas atividades administrativas e assistenciais, contribuindo para o desdobramento de objetivos e metas estabelecidos no âmbito organizacional.

REFERÊNCIAS

1. Machado MH (coord). Perfil da enfermagem no Brasil: relatório final [Internet]. Rio de Janeiro: NERHUS, DAPS, ENSP/Fiocruz; 2017 [cited 2021 Jul 28]. 748 p. (Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil, v.01). Available from: <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/pdfs/relatoriofinal.pdf>
2. Ribeiro M, Santos SLD, Meira TGBM. (2006). Refletindo sobre liderança em enfermagem. Esc Anna Nery [Internet]. 2006 [cited 2021 Jul 29];10(1):109-115. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452006000100014>
3. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos (Brasil). Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm
4. Padilha MICS, Borenstein MS. O método de pesquisa histórica na enfermagem. Texto contexto – enferm [Internet]. 2005 [cited 2021 Jul 29];14(4):575-84. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072005000400015>
5. Conselho Federal de Enfermagem (Brasil). Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem [Internet]. 2007 [cited 2021 Jun 01]. Available from: http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/resolucao_311_anexo.pdf
6. Maximiano ACA. Teoria Geral da Administração: da revolução urbana à revolução digital. 6 ed. São Paulo: Editora Atlas; 2011.
7. Trevizan MA, Mendes IAC, Lourenço MR, Shinyashiki GT. Aspectos éticos na ação gerencial do enfermeiro. Rev. Latino-Am. Enferm [Internet]. 2002 [cited 2021 Jul 29];10(1):85-89. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692002000100013>
8. Leal DF, Rauber JJ. A concepção de ética dos profissionais da enfermagem. Rev Min Enferm. 2012;16(4):554-563.
9. Pressotto GV, Ferreira MBG, Contim D, Simões ALA. Dimensões do trabalho do enfermeiro no contexto hospitalar. Rev Rene [Internet]. 2014 [cited 2021 Jul 29];15(5):760-770. Available from: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3237>
10. Silveira CD, Bessa ATT, Paes GO, Stipp MAC. Gestión del equipo de enfermería: factores asociados a la satisfacción en el trabajo. Enfermería Global [Internet]. 2017 [cited 2021 Jul 29];16 (3):193-207. Available from: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.3.249471>
11. Bordin V, Almeida ML, Zilly A, Justino ET, Silva NDV, Faller JW. Liderança em enfermagem na perspectiva de enfermeiros assistenciais de um hospital público da Tríplice Fronteira. Rev Adm Saúde [Internet]. 2018 [cited 2021 Jul 29];18(71):1-19. Available from: <https://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/107/0>
12. Mynayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7. ed. São Paulo: Hucitec; 2000.
13. Galvão CM, Trevizan MA, Sawada NO. A liderança do enfermeiro no século XXI: algumas considerações. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 1998 [cited 2021 Jul 29];32(4):302-6. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0080-62341998000400003>
14. Chiavenato I. Administração nos novos tempos. 3 ed. Rio de Janeiro: Manole; 2014.
15. Siqueira LDC, Caliri MHL, Haas VJ, Kalisch B, Dantas RAS. (2017). Validation of the MISSCARE-BRASIL survey: a tool to assess missed nursing care. Rev. Latino-am. Enfermagem [Internet]. 2017 [cited 2021 Jul 29];25. Available from: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2354.2975>

16. Dutra CKR, Salles BG, Guirardello EB. Situations and reasons for missed nursing care in medical and surgical clinic units. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2019 [cited 2021 Jul 29];53:e03470. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017050203470>
17. Broca PV, Ferreira MDA. Equipe de enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de enfermagem. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2012 [cited 2021 Jul 29];65(1): 97-103. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000100014>
18. Vanfosson CA, Jones TL, Yoder LH. Unfinished nursing care: an important performance measure for nursing care systems. *Nurs Outlook* [Internet]. 2016 [cited 2021 Jul 29];64(2):124-136. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2015.12.010>
19. Otávia CA, João KST, Netto JJM, Soares, JSA, Goyanna NF, Cavalcante AES. Competências do enfermeiro na gestão hospitalar. *Esp Saúde* [Internet]. 2016 [cited 2021 Jul 29];17(2):66-74. Available from: <http://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosaude/article/view/286>
20. Bernardes A. Perspectivas contemporâneas da liderança e gestão em enfermagem. *Rev. gaúch. enferm.* [Internet]. 2018 [cited 2021 Jul 29];39. Available from: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2018-0247>

Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD): experiências acerca de sua adequação em um hospital de média e alta complexidade

Waldirene Lopes Batista^a

Resumo

O artigo relata a experiência de elaboração e execução de projeto para adequação dos processos de um hospital geral de grande porte e alta complexidade à Lei n. 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados). O projeto de adequação à nova lei foi estruturado seguindo o método Sistema de Gestão de Proteção de Dados, contemplando as seguintes fases: (i) preparação; (ii) organização; (iii) desenvolvimento e implementação; (iv) governança; e (v) avaliação e melhoria. Previsto para o período de setembro de 2020 a dezembro de 2021, o projeto ainda estava em andamento quando este relato foi publicado, mas já havia superado as metas para o primeiro semestre de 2021. As ações iniciais incluíram eleição de comitê específico para o tema, nomeação de encarregado pela proteção de dados, realização de campanha de comunicação interna e capacitação de colaboradores, entre outras. Foram conduzidos um mapeamento do fluxo de dados pessoais e dados pessoais sensíveis na instituição,

^a Graduação em Letras pelo Centro Universitário de Belo Horizonte (UniBH); especialização em Gestão Ambiental pelo Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (Senac-Minas); especialização em Gestão e Tecnologia da Qualidade pelo Centro Federal de Educação Tecnológica de Minas Gerais (Cefet/MG); MBA em Auditoria e Gestão em Saúde pela Fundação Getúlio Vargas (FGV); avaliadora ONA no IQG Health Services Accreditation; coordenadora do do Sistema de Gestão da Qualidade no Hospital Madre Teresa, Belo Horizonte/MG.

seguido de um mapeamento e análise de riscos em segurança de dados. Com base nesses estudos e nas legislações nacional e europeia, foi elaborada a *Política de Privacidade e Proteção de Dados*, além de outras políticas pertinentes à temática e relatórios de impacto relativos às áreas prioritárias (pesquisa de satisfação do cliente, uso do *WhatsApp* e prontuário médico).

Palavras-chave: Privacidade; Confidencialidade; Privacidade dos dados do paciente; Segurança computacional

INTRODUÇÃO

A Lei n. 13.709, de 14 de agosto de 2018 (Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD)¹, promulgada em setembro de 2020, regulamenta como os dados dos cidadãos deverão ser coletados e tratados no Brasil, com advertências e multas que podem chegar a R\$ 50 milhões para empresas que não cumprirem as normas. Não é objetivo da lei impedir que as organizações utilizem os dados das pessoas, mas sim definir claramente como essa utilização deve ser feita para que seja segura e adequada a princípios éticos, garantindo, assim, o direito à proteção e à privacidade dos dados pessoais. Tal legislação tem impactos nas instituições de assistência à saúde, que coletam, armazenam e manuseiam dados de pacientes em sua rotina.

Primeiramente, cabe uma reflexão sobre quais são esses dados. Dado pessoal é qualquer informação que identifica ou permite identificar uma pessoa (art. 5º, I). A lei também traz o conceito de dados pessoais sensíveis, que são aqueles que podem causar discriminação, tais como informações sobre “origem racial ou étnica, convicção religiosa, opinião política, filiação a sindicato ou a organização de caráter religioso, filosófico ou político, dado referente à saúde ou à vida sexual, dado genético ou biométrico, quando vinculado a uma pessoa natural” (art. 5º, II). Uma organização realiza o tratamento de dados pessoais das mais diversas categorias, de seus clientes, colaboradores, fornecedores, serviços terceiros e outros. Portanto, a proteção e a privacidade devem ser asseguradas a todas as partes envolvidas¹.

Considera-se tratamento de dado “toda operação realizada com classificação, utilização, acesso, reprodução, transmissão, distribuição, processamento, arquivamento, armazenamento, eliminação, avaliação ou controle da informação, modificação, comunicação, transferência, difusão ou extração” (art. 5º, X). Ou seja, a lei considera qualquer ação realizada com o dado como sendo tratamento de dado. Assim, conforme orientações da Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD)², as organizações devem identificar os tratamentos de dados realizados, definir a finalidade de cada tratamento e fazer alinhá-lo às bases legais.

A área da saúde realiza tratamento de dados pessoais em larga escala, com grande fluxo e volume de informações pessoais sensíveis envolvidas e tratadas³. Ocorre, ainda, o compartilhamento desses dados entre profissionais de saúde, estabelecimentos de saúde, operadoras e parceiros⁴. Além da LGPD, o setor está sujeito a uma série de regulações e normas setoriais, que fomentam o sigilo e a confidencialidade das informações e que devem continuar a ser observadas⁵.

Assim, faz-se necessário que os serviços de saúde se adequem para cumprir os regulamentos de segurança, técnicos e jurídicos estabelecidos pela legislação a fim de garantir a segurança e a privacidade no tratamento de dados pessoais.

OBJETIVO

O objetivo deste trabalho foi descrever a estruturação de um programa de governança em proteção e privacidade de dados pessoais em uma instituição hospitalar,

visando a cumprir as diretrizes estabelecidas pela LGPD e por outras legislações correlatas.

MÉTODO

Hospital Madre Teresa, em Belo Horizonte (MG), hospital geral de grande porte e alta complexidade, com prevalência em ortopedia, cirurgia cardíaca, neurocirurgia e cirurgia geral. O projeto compreende o período de setembro de 2020 a dezembro de 2021 – estando, portanto, ainda em desenvolvimento quando este artigo foi redigido.

O projeto de adequação à lei foi estruturado seguindo o método Sistema de Gestão de Proteção de Dados (SGPD)^{6,7,8}, que contempla as seguintes fases de planejamento: (i) preparação; (ii) organização; (iii) desenvolvimento e implementação; (iv) governança; e (v) avaliação e melhoria. Esse método tem a seguinte correlação com o conhecido pela sigla PDCA: preparação e organização corresponde à fase P (*Plan*, planejar); desenvolvimento e implementação é a fase D (*Do*, executar); governança relaciona-se à fase C (*Check*, verificar) e avaliação e melhorias funciona como a fase A (*Act*, agir).

Na estruturação do projeto, as tarefas definidas em cada fase foram:

1ª fase - Preparação

1. Estruturar um comitê para governança e proteção de dados.
2. Identificar as leis e os regulamentos que afetam as funções do negócio relativo a segurança e privacidade de dados.
3. Realizar *workshop* para disseminação da legislação e conscientização das lideranças.
4. Realizar análise de privacidade por meio de questionário de diagnóstico situacional.

5. Identificar e classificar por prioridade os contratos existentes, para posterior revisão e inclusão de termo aditivo sobre proteção e privacidade de dados.
6. Estruturar o programa de treinamento em proteção e privacidade de dados para toda a força de trabalho.
7. Identificar os serviços terceiros que tratam dados pessoais em nome do hospital.
8. Realizar o mapeamento do fluxo de dados em cada processo.

2ª fase – Organização

1. Estruturar o cronograma de revisão dos contratos conforme prioridade definida na primeira fase.
2. Eleger o *Data Protection Officer* (DPO), que será o líder encarregado da proteção de dados no hospital, e definir papéis e responsabilidades.
3. Elaborar a *Política de Privacidade de Dados*.
4. Elaborar a *Política de Privacidade para Funcionários*.
5. Elaborar a *Política de Mesa Limpa e Tela Limpa*.
6. Elaborar a *Política Interna de Proteção e Privacidade de Dados*.
7. Elaborar a *Política de Retenção de Dados*.
8. Definir método para realizar o mapeamento e a análise dos riscos que têm impacto na privacidade dos dados.
9. Definir modelo para a elaboração de *Relatório de Impacto à Proteção de Dados Pessoais* (RIPD).
10. Elaborar plano de treinamento, conscientização e comunicação de privacidade.
11. Elaborar aviso de privacidade para os profissionais e parceiros do hospital.
12. Definir modelo para a formalização do tratamento de dados realizado em cada área específica.
13. Reestruturar o sistema de gestão de segurança da informação.

14. Estruturar a gestão de risco da tecnologia da informação.
15. Estabelecer fluxo para notificação, análise e tratativa de incidentes de segurança relativos a proteção e privacidade de dados.
16. Identificar as situações de elevado grau de risco para os direitos e a liberdade dos titulares.
17. Elaborar formulário de notificação de violação de dados para a autoridade supervisora.

3ª fase – Desenvolvimento e Implementação

1. Promover a revisão dos contratos, considerando os aspectos jurídicos da privacidade de dados.
2. Implantar a *Política de Mesa Limpa e Tela Limpa*.
3. Implantar a *Política Interna de Proteção e Privacidade de Dados*.
4. Implantar a *Política de Privacidade de Dados*.
5. Implantar a *Política de Privacidade de Funcionários*.
6. Implantar a *Política de Retenção de Dados*.
7. Colher a assinatura da totalidade dos profissionais no aviso de privacidade.
8. Solicitar projeto de adequação à legislação junto aos serviços terceiros que executam tratamento de dados em nome do hospital.
9. Realizar o mapeamento, seguido pela análise de risco dos tratamentos de dados mapeados em cada processo.
10. Construir o primeiro RIPD, com base nos tratamentos de dados identificados como suscetíveis a alto risco para os direitos e liberdade dos titulares.
11. Construir o segundo RIPD, com base nos tratamentos de dados identificados como suscetíveis a alto risco para os direitos e liberdade dos titulares.

12. Construir o terceiro RIPD, com base nos tratamentos de dados identificados como suscetíveis a alto risco para os direitos e liberdade dos titulares.
13. Executar o plano de treinamento do Programa de Privacidade de Dados.

4ª fase – Governança

1. Estruturar um programa de auditoria interna para constatar a adesão às políticas e aos procedimentos estabelecidos nas fases anteriores.
2. Manter a documentação de privacidade e executar o controle desses documentos.
3. Executar o plano de gerenciamento das manifestações e solicitações dos titulares.
4. Estabelecer e manter um plano de resposta aos incidentes de segurança de dados.
5. Definir indicadores de apoio à gestão.

5ª fase – Avaliação e Melhoria

1. Realizar auditoria interna.
2. Realizar *benchmarking*.
3. Gerenciar as versões do RIPD.
4. Realizar a revisão das análises de risco.
5. Monitorar leis e regulamentos.
6. Gerenciar indicadores.

RESULTADOS

Comitê LGPD

A Diretoria Geral e Administrativa do Hospital Madre Teresa elegeu seu Comitê LGPD em setembro de 2020, mesmo mês em que a Lei Geral de Proteção de Dados foi promulgada no país. Foram eleitos para compor o Comitê LGPD os gerentes das áreas de Gestão de Pessoas, Qualidade, Corpo Clínico, Tecnologia da

Informação (TI), Jurídico e Suprimentos. O papel e as responsabilidades do comitê foram definidos como promover a implementação, manutenção e aplicação da LGPD na instituição.

Paralelamente à criação do comitê, foi estruturado o Departamento de Proteção e Privacidade de Dados, sob a responsabilidade da Gestão da Qualidade.

Diagnóstico inicial

Para realização do diagnóstico, um questionário foi encaminhado por e-mail às lideranças da instituição. O questionário buscou identificar os formulários que contêm dados pessoais e dados pessoais sensíveis utilizados nos processos, a forma de armazenamento e o controle de acesso, compartilhamento e descarte de tais dados. A partir desse diagnóstico, foi possível identificar o nível de maturidade dos processos em relação à segurança e à proteção de dados pessoais, bem como as fragilidades mais prevalentes relativas à segurança da informação.

Foram identificadas vulnerabilidades como: frágil controle de senhas e permissões de acesso; documentos armazenados em armários e gavetas sem controle de acesso; documentos disponibilizados em mesas, possibilitando o acesso de pessoas não autorizadas; uso de aplicativos de mensagens instantâneas não padronizados na instituição; entre outras. Todas as vulnerabilidades identificadas foram consideradas na elaboração das diretrizes internas para a proteção e a privacidade dos dados pessoais tratados na organização.

Treinamento em proteção e privacidade de dados

Inicialmente, foi realizado um *workshop* para lideranças do hospital sobre a legislação. Na sequência, foi implementada a capacitação do gestor da Qualidade e do supervisor do Departamento de Proteção e Privacidade de Dados. Ainda nessa fase, o empenho

foi disseminar a LGPD e exaltar sua importância, promovendo a conscientização de todo o público interno. Para isso, a estratégia definida foi publicar semanalmente vídeos com informações sobre a LGPD e as novas diretrizes à medida que iam sendo estabelecidas na instituição. Os vídeos, de curta duração – no máximo 1 minuto e 30 segundos –, eram publicados toda segunda-feira para as lideranças distribuírem a toda a operação, além de serem disponibilizados em canal de comunicação acessível a todo o corpo clínico.

Mapeamento do fluxo de dados

O mapeamento ou inventário de dados pessoais consiste no registro das operações de tratamento dos dados pessoais realizados pela instituição (art. 37 da LGPD)¹. Assim, conforme o cronograma estabelecido, foi priorizado o mapeamento dos processos primários e estratégicos, com conclusão prevista para o primeiro semestre de 2021. O modelo escolhido para a realização do mapeamento do fluxo de dados da instituição foi adaptado a partir do disponibilizado no *site* da Comissão Nacional de Proteção de Dados de Portugal (CNDP).

Esse mapeamento foi registrado em formulário estruturado no programa *Excel* e contemplou a identificação dos seguintes aspectos: formulário, dados, classificação dos dados, finalidade, categoria dos dados, armazenamento, prazo de conservação, categoria dos titulares, quem fornece o dado, como os dados são obtidos, tipo de tratamento dos dados, quem acessa os dados, compartilhamento, como são feitos o descarte e a base legal do tratamento, conforme as hipóteses descritas no artigo 7 da LGPD¹.

Data Protection Officer (DPO)

O artigo 41 da LGPD¹ define que as organizações devem indicar um “Encarregado pela Proteção de Dados da Pessoa”, cujo título adotado pelo Hospital Madre Teresa foi o de *Data Protection*

Officer (DPO), de acordo com a nomenclatura internacional. Foram nomeados três DPOs: o gestor da Qualidade, o supervisor de TI e o supervisor do Departamento de Proteção e Privacidade de Dados. A lei não especifica se a instituição pode ou não eleger mais de um encarregado pela proteção de dados; até que isso seja claramente definido pela ANPD, optou-se por eleger três profissionais a fim de garantir a continuidade, durante ausências, das atribuições já estabelecidas pela lei, que são: aceitar reclamações e comunicações dos titulares dos dados, prestar-lhes esclarecimentos e adotar providências; receber comunicações da ANPD e adotar providências; orientar funcionários e contratados sobre as práticas a serem adotadas em relação à proteção de dados pessoais; e executar as demais atribuições determinadas pela instituição ou estabelecidas em normas complementares¹.

Implantação de políticas

A *Política de Proteção de Dados e Privacidade do Hospital Madre Teresa* foi formalizada contemplando os princípios estabelecidos no artigo 9º da LGPD, que estabelece o direito do titular dos dados ao acesso a informações sobre: como seus dados são coletados; quais são as finalidades do tratamento dos dados; como os dados são armazenados; com quem seus dados são compartilhados; como seus direitos enquanto titular dos dados são efetivados. Também informa o nome e o contato dos encarregados pela proteção de dados para dúvidas e informações. A política de privacidade foi disponibilizada no *site* do hospital na internet.

Alinhado à boa prática orientada pela norma ISO 27001⁹, o Hospital Madre Teresa elaborou sua *Política de Mesa Limpa e Tela Limpa* com o objetivo de definir diretrizes para minimizar o risco de violação da segurança e ocorrências que possam trazer prejuízos à organização e a seus colaboradores, clientes, fornecedores e demais parceiros, bem como garantir

que os recursos de informação sejam utilizados de maneira adequada. Para isso, uma campanha interna acompanhou a publicação dessa política, com ações como: disponibilização da *Política de Mesa Limpa e Tela Limpa* na *Intranet* e no *software* de controle de documentos *Interact*; divulgação nos vídeos semanais de LGPD; emissão de comunicado interno; elaboração e divulgação de um vídeo teatral, demonstrando a execução das diretrizes da política na prática; publicação da logomarca da campanha na tela de descanso dos computadores; visita às áreas por um grupo de teatro para enfatizar as normas e entregar um *mouse pad* com a logo da campanha; e a disseminação para toda a equipe operacional por meio de listas de treinamento.

De acordo com o artigo 46 da LGPD¹, os agentes de tratamento de dados devem adotar medidas de segurança, técnicas e administrativas aptas a proteger os dados pessoais tratados na organização. Dessa forma, a *Política Interna de Proteção e Privacidade de Dados* do hospital estabeleceu diretrizes para manter a proteção e privacidade no tratamento de dados pessoais, além de orientar todos os profissionais acerca das boas práticas em proteção de dados em conformidade com a lei. Essa política foi publicada e divulgada nos canais de comunicação institucional, incluindo *Intranet*, *Interact*, vídeo LGPD semanal e comunicado interno; também foi disseminada em treinamento e capacitação de toda a equipe operacional. Periodicamente, o vídeo semanal sobre LGPD retoma a *Política Interna de Proteção e Privacidade de Dados*, informa onde ela está disponível e incentiva as lideranças a repassar as diretrizes a sua equipe de trabalho.

De acordo com os artigos 15 e 16 da LGPD¹, foi elaborada a *Política de Retenção de Dados*, cuja finalidade é definir por quanto tempo os documentos de cada categoria devem ser retidos e os padrões mínimos a serem aplicados na destruição de determinadas informações. Essa política estabelece o cronograma

de retenção dos documentos gerais e sistêmicos da organização que contenham dados pessoais e dados sensíveis; menciona o *Manual LGPD* específico para cada processo, documento que define a forma de armazenamento, o tempo de retenção e descarte dos documentos utilizados na área.

Mapeamento e análise de risco

Para a realização do mapeamento de riscos dos processos, foi utilizada como base a norma ISO 27005¹⁰, que determina diretrizes para a gestão de risco do sistema de informação. Nesse mapeamento, foram considerados separadamente o tratamento de dados em meio eletrônico e o tratamento de dados em meio físico. O reconhecimento dos riscos consistiu na identificação das ameaças e vulnerabilidades existentes em cada tipo de tratamento. Já para a análise de risco, foi utilizado o método qualitativo por meio da matriz Análise Preliminar do Risco (APR). Para os riscos classificados como de média e alta criticidade, foram estabelecidas as medidas mitigatórias por meio da estruturação de planos de ação.

Relatório de Impacto à Proteção de Dados Pessoais (RIPD)

De acordo com o artigo 38 da LGPD¹, a ANPD pode determinar ao controlador (instituição que trata os dados) que elabore um relatório de impacto à proteção de dados pessoais, inclusive os sensíveis. Como ainda não há diretrizes nacionais sobre esse relatório, a elaboração do RIPD foi estruturada seguindo o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD) da União Europeia (UE)¹¹, cujo artigo 35 define os critérios para a elaboração desse relatório, o modelo de relatório disponibilizado no *site* do Information Commissioner's Office (ICO) do Reino Unido e as orientações da Agencia Española de Protección de Datos (AEPD). Assim, a elaboração do RIPD incluiu as seguintes fases:

Contexto: análise preliminar

1. Identificar a necessidade de elaborar um *Relatório de Impacto à Proteção de Dados Pessoais* (RIPD)

Contexto: avaliação

2. Descrever o processamento e o fluxo de dados
3. Avaliar necessidade e proporcionalidade

Gestão de Risco: avaliação

4. Identificar e avaliar os riscos relacionados aos direitos e à liberdade dos titulares dos dados

Gestão de Risco: decisão

5. Identificar medidas para mitigar os riscos
6. Validação

Conclusão da avaliação

7. Resultado do *Relatório de Impacto à Proteção de Dados Pessoais*.

Supervisão: controle da implementação

8. Revisão pós-implantação

Com base na LGPD (art.5, XVII)¹, na RGPD (art. 35)¹¹ e no mapeamento do fluxo de dados realizado na instituição, foram priorizadas três situações – identificadas como de elevado risco para os direitos e a liberdade dos titulares dos dados – para a elaboração do RIPD: (i) pesquisa de satisfação do cliente; (ii) uso do *WhatsApp*; e (iii) prontuário médico.

(i) RIPD Pesquisa de satisfação do cliente: processo avaliado como suscetível a alto risco para os direitos e a liberdade do titular, uma vez que há compartilhamento de dados em *software* do serviço terceiro e é feito tratamento em larga escala (são enviados dados pessoais de 3 mil clientes ao mês para a empresa

terceira), além de o tratamento ter sido alinhado à base legal do legítimo interesse do controlador (art. 10 da LGPD)¹.

A pesquisa é realizada com a metodologia *Net Promoter Score* (NPS)¹², na qual o cliente avalia o atendimento do hospital por meio de nota de 0 a 10, podendo justificar ou não a nota atribuída. As informações são disponibilizadas e compartilhadas com a instituição por meio do *software* de gestão do serviço terceiro.

Com base no mapeamento do fluxo de dados, na avaliação de necessidade e proporcionalidade e no mapeamento e avaliação dos riscos, as principais medidas mitigatórias adotadas foram:

- a) Utilizar o princípio da necessidade, para redução dos dados compartilhados ao mínimo necessário.
- b) Utilizar os princípios da necessidade e da adequação para excluir dados que podem gerar informação e inferência da condição de saúde do titular.
- c) Estabelecer, na *Política de Retenção de Dados*, o prazo para eliminação dos dados junto à empresa terceira.
- d) Realizar a revisão contratual com a empresa terceira, considerando os aspectos de segurança, proteção e privacidade dos dados compartilhados.
- e) Na avaliação e qualificação do serviço terceiro, considerar a avaliação de suas políticas internas de proteção e privacidade de dados e de segurança da informação.
- f) Revisar o procedimento da pesquisa, considerando as medidas de segurança no tratamento e compartilhamento dos dados pessoais.
- g) Promover treinamento e capacitação da equipe do serviço de ouvidoria sobre a nova versão do procedimento de pesquisa.

Quando este artigo foi escrito, o RIPD da pesquisa de satisfação do cliente encontrava-se na fase conclusiva

e, após a implementação das ações propostas e validadas, seria realizada nova análise de risco e definição da aceitação ou não de possíveis riscos residuais.

(ii) RIPD Uso do *WhatsApp*: processo avaliado como suscetível a alto risco para os direitos e a liberdade do titular, uma vez que há compartilhamento de dados pessoais e dados sensíveis por meio do aplicativo em alguns postos de trabalho.

A partir do mapeamento, foram identificados os seguintes setores que utilizam *WhatsApp* em celular corporativo para execução de suas tarefas: Central de Marcação de Consultas e Exames, Ambulatório, Centro de Diagnóstico por Imagem, Comercial, Bloco Cirúrgico, Gestão de Leitos, Hemodinâmica, Laboratório, Medicina Nuclear, *Check Up* e Polissonografia. A maioria dos processos dessas áreas do hospital utilizam o *WhatsApp* para solicitar ao cliente seus dados com as seguintes finalidades: agendar ou cancelar exames, consultas e cirurgias; realizar pré-autorização; autorizar e cadastrar exames e cirurgias; atender solicitações de entrega de exames; enviar informações sobre preparo de exames; e validar admissão e transferência de pacientes.

Com base no mapeamento do fluxo dos dados veiculados via *WhatsApp*, na avaliação da necessidade e proporcionalidade, e no mapeamento e avaliação dos riscos, foi identificado que, além do *WhatsApp* em celular corporativo, também havia uma larga utilização do aplicativo de mensagens na comunicação entre os profissionais e entre as equipes. Essa constatação foi considerada na análise de risco, e as principais medidas mitigatórias adotadas foram:

- a) Regulamentar o uso de aplicativos de troca de mensagens instantâneas (*WhatsApp*, *Telegram* e outros).
- b) Definir aplicativo corporativo controlado como ferramenta-padrão para comunicação interna entre os profissionais.

- c) Promover treinamento e capacitação dos profissionais para uso do aplicativo corporativo controlado definido como padrão.
- d) Migrar o *WhatsApp* de comunicação direta com o cliente para o *WhatsApp Business*, específico para uso corporativo.
- e) Incluir na *Política Interna de Proteção e Privacidade de Dados* a regulamentação do uso de aplicativos de troca de mensagens instantâneas.
- f) Divulgar a nova versão da *Política Interna de Proteção e Privacidade de Dados*.
- g) Incluir na *Política de Retenção de Dados* o prazo de retenção dos dados armazenados no *WhatsApp Business*.
- h) Aplicar Termo de Responsabilidade para resguardar o comprometimento dos profissionais com as políticas e os regulamentos estabelecidos.

O *RIPD Uso do WhatsApp* encontrava-se na fase decisiva quanto este artigo foi redigido. Após avaliação das medidas mitigatórias propostas, foi elaborado e publicado o regulamento para uso de aplicativos de mensagens instantâneas, que contemplou as seguintes diretrizes:

- a) A ferramenta utilizada para envio e recebimento de mensagens instantâneas entre os profissionais da instituição é o *Microsoft Teams Corporativo*.
- b) Não é permitido baixar, reproduzir ou encaminhar arquivos, documentos e informações corporativos veiculados para outros aplicativos.
- c) Não é permitido o uso de qualquer outra ferramenta de mensagens instantâneas para veicular, compartilhar, coletar, transmitir e/ou arquivar dados pessoais, dados pessoais sensíveis e dados de saúde, inclusive na forma de documentos anexos, de pacientes, colaboradores, prestadores de serviços, visitantes ou qualquer pessoa natural protegida pela Lei Geral de Dados Pessoais (LGPD).

Assim, foram oficializados o aplicativo corporativo *Microsoft Teams* como ferramenta de comunicação entre os profissionais e equipes e o *WhatsApp Business* para o contato direto com o cliente, realizado pelos devidos postos de trabalho. Esse regulamento foi incluído na *Política Interna de Proteção e Privacidade de Dados*.

(iii) RIPD Prontuário médico: processo avaliado como suscetível a alto risco para os direitos e a liberdade do titular, uma vez que ocorre tratamento de dados em larga escala e de dados sensíveis.

A confecção do prontuário médico inicia-se com o cadastro do paciente nas recepções do hospital, do ambulatório, do Atendimento 24h, do Centro de Diagnóstico por Imagem e da internação. A partir desse cadastro, é produzida uma ficha de atendimento que acompanha todo o fluxo durante a permanência do paciente na instituição, sendo acrescido da anamnese, das evoluções e das anotações da equipe multiprofissional e técnica, das folhas de sala dos procedimentos realizados, do termo de consentimento livre e esclarecido, dos laudos de exames e de outros registros que compõem o prontuário, conforme descritos no *Manual do Prontuário* (MAN CP001) e de acordo com a assistência prestada. Construído durante toda a permanência do paciente no hospital, o prontuário é gerado em meio eletrônico no sistema *Hospitale* e também em meio físico. Após alta hospitalar, alta administrativa, óbito ou transferência para outra instituição, o prontuário é organizado na última unidade de atendimento e encaminhado para o seguinte fluxo: Central de Prontuário, Faturamento, Auditoria de Contas e Arquivo de Prontuários, que encaminha para o serviço terceiro realizar o armazenamento do documento em meio físico.

O *RIPD Prontuário médico* também estava na fase decisiva no momento de redação deste trabalho. Após descritos o processamento e o fluxo dos dados

e realizados o mapeamento e a análise dos riscos envolvidos no prontuário em meio eletrônico e físico, as medidas mitigatórias propostas foram encaminhadas para a aprovação das partes interessadas relevantes.

Padronização do tratamento de dados

Após o mapeamento do fluxo dos dados e o mapeamento e análise dos riscos dos processos, foi elaborado um *Manual LGPD – Tratamento de Dados Pessoais* específico para cada processo. Os manuais fazem referência a:

- documentos e registros que contenham dados pessoais e dados pessoais sensíveis e configurem documentos do prontuário.
- documentos e registros que contenham dados pessoais e dados pessoais sensíveis que não configurem documentos de prontuário.

Para cada uma das situações referenciadas, foram formalizados os itens: quem acessa os dados, forma de armazenamento, tempo de retenção e forma de descarte. No primeiro momento, o *Manual LGPD* foi redigido conforme a realidade de cada processo e as ações para a adequação de acordo com as diretrizes e políticas já estabelecidas na instituição; também foram alinhadas as medidas mitigatórias dos riscos para gerenciamento do processo.

Resultados da gestão do projeto

O projeto de adequação do Hospital Madre Teresa à LGPD continua em andamento, com tarefas a serem executadas até ao final do ano de 2021. Ressalta-se que, concomitantemente ao projeto aqui descrito, outros planos de ação foram estruturados a partir da análise dos riscos dos processos e os relatórios elaborados. A Tabela 1 informa os resultados da gestão desse projeto, que atingiram ou superaram as metas traçadas inicialmente.

Tabela 1 – Status do projeto de adequação à LGPD no período de setembro de 2020 a junho de 2021

OBJETIVO	META	RESULTADO
Cumprir as ações planejadas dentro do prazo estabelecido	80%	83%
Concluir 50% do projeto até junho de 2021	50%	58%
Atingir 100% da força de trabalho ativa com informações sobre a LGPD	100%	100%

DISCUSSÃO

A construção da LGPD¹ foi baseada no Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados da União Europeia¹¹, mas até o momento há muitas indagações sobre algumas normativas da legislação brasileira, cujos esclarecimentos ainda serão apresentados pela ANPD.

Enquanto ainda não há maiores definições por parte do órgão, muitas organizações e consultorias têm se apoiado nos esclarecimentos e nas diretrizes já definidos pela regulamentação europeia.

Contudo, com a LGPD já promulgada, ainda há um longo percurso a trilhar para a adequação a seus

65 artigos – embora nem todos sejam aplicáveis a todas as organizações. De acordo com Mattos Filho⁵, a LGPD não revoga outras legislações e normas setoriais que regulamentam dados pessoais, que também devem ser observadas no processo de adequação.

Considerando o longo fluxo e o enorme volume de dados pessoais e dados pessoais sensíveis envolvidos na área da saúde² e o compartilhamento de dados realizados em diversas categorias⁴, há muito a ser desenvolvido pelas instituições de saúde brasileiras para uma adequação completa à legislação.

CONCLUSÃO

A adequação à Lei Geral de Proteção de Dados implica a estruturação de uma governança em proteção e privacidade de dados pessoais. Essa estruturação demanda o uso de métodos e ferramentas de gestão adequados para a adoção de medidas técnicas e administrativas para assegurar a proteção e a privacidade de dados pessoais tratados pela organização de saúde.

Um dos pilares para o sucesso dessa governança está na consolidação de uma cultura organizacional de segurança da informação – uma cultura alinhada aos princípios estabelecidos pela legislação, que, dentre outros aspectos, preconiza a transparência, a prevenção e a segurança. Dessa maneira, é essencial sempre estabelecer estratégias para a conscientização da força de trabalho e para a promoção de um ambiente favorável à participação e ao envolvimento das pessoas na definição e implementação de medidas e salvaguardas para proteção de dados.

Após a conclusão das tarefas do projeto aqui descrito, um sistema de gestão será iniciado com foco em segurança, proteção e privacidade de dados, favorecendo um processo contínuo de gestão e implementação de melhorias no modelo e nas práticas adotadas. Esse caminho propiciará o sincronismo entre a estratégia, os processos e as pessoas da organização, resultando na formação e no desenvolvimento de uma cultura organizacional voltada à proteção da privacidade no tratamento de dados pessoais.

REFERÊNCIAS

1. Presidência da República (Brasil). Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de dados (LGPD). Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm
2. Autoridade Nacional de Proteção de Dados (Brasil). Guia Orientativo para Definições dos Agentes de Tratamento de Dados Pessoais e do Encarregado. Brasília: ANPD; 2021 [cited 2021 Jul 30]. Available from: https://www.gov.br/anpd/pt-br/assuntos/noticias/inclusao-de-arquivos-para-link-nas-noticias/2021-05-27-guia-agentes-de-tratamento_final.pdf
3. Roncaglia AM, Marzzoco D, Santos GSB. Cartilha: Proteção de Dados Pessoais no Setor de Saúde. Opice Blum [Internet]. 2021 [cited 2021 Jul 30]. Available from: https://opiceblum.com.br/wp-content/uploads/2021/02/Cartilha_saude_dados_pessoais_04.2021.pdf
4. Schertel L, Doneda D, Ottoni MV (coords.). Código de Boas Práticas: proteção de dados para Prestadores privados em saúde. Brasília: Confederação Nacional de Saúde; 2021. Available from: http://cnsaude.org.br/wp-content/uploads/2021/03/Boas-Praticas-Protecao-Dados-Prestadores-Privados-CNSaude_ED_2021.pdf
5. Guia para a Lei Geral de Proteção de Dados. São Paulo: Mattos Filho; 2018. Available from: <https://publicacoes.mattosfilho.com.br/books/bdtv/#p=1>
6. Tlexames. Curso Oficial Exin. Privacy and Data Protection Practitioner. Formação essencial de Data Protection Officers. 2019 Nov 01;V.1.3.
7. Tlexames. Fundamentos de Segurança da Informação com base nas normas ISO/IEC 27001 e 27002. 2017 Oct 05;V.2.2.

8. Tlexames. Privacy and Data Protection Foundation & Essentials. Formação inicial de Data Protection Officers. 2020 Nov 02.
9. Associação Brasileira de Normas Técnicas. ABNT NBR ISO/IEC 27001: Tecnologia da Informação: Técnicas de Segurança – Sistema de gestão da segurança da informação. Rio de Janeiro: ABNT; 2013.
10. Associação Brasileira de Normas Técnicas. ABNT NBR ISO/IEC 27005: Tecnologia da Informação: Técnicas de Segurança – Gestão de riscos de segurança da informação. Rio de Janeiro: ABNT; 2011.
11. União Europeia. Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados e que revoga a Diretiva 95/46/CE (Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados). Jornal Oficial da União Europeia [Internet]. 2016 May 4 [cited 2021 Jul 30];L119:1-88. Available from: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/HTML/?uri=CELEX:32016R0679&from=PT>
12. Reichheld F, Markey R. A pergunta definitiva 2.0: como as empresas que implementam o *net promoter score* prosperam em um mundo voltado aos clientes. Rio de Janeiro: Alta Books; 2018. 224 p.



Sobre a revista

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

Propósito

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

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

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

Equipe editorial

Editora-chefe: Mara Márcia Machado

Editor-executivo: Bruno Cavalcanti Farras

Editora científica: Geovana Ferecini Tomasella



Normas de submissão

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

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

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

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

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

Categorias para publicação

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

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

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

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

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

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

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

Estrutura e preparação de manuscritos

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

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

Página de título deve conter:

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

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

Documento principal

Para os artigos originais, os tópicos seguintes serão obrigatórios:

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

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

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

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

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



SCIENCE

www.revistascience.com