

SCIENCE

O TRADICIONAL
NÃO FUNCIONOU.

AJUSTAR UM POQUINHO
NÃO VAI ADIANTAR.

O SISTEMA ESTÁ
PEDINDO AJUDA.

É PRECISO REGENERAR
A GESTÃO.



SCIENCE

Vol. 1, No. 1 (out./dez. 2020)

Editora Chefe

Mara Márcia Machado

Editor Executivo

Bruno Cavalcanti Farras

Editor Científico

Geovana Magalhães Ferecini Tomasella

Conselho Editorial

Lucieli Dias Pedreschi Chaves

Comitê Científico

Adriana Freitas Silva

Ariadine Cristina Rodrigues de Oliveira

Elizabeth Fernandes Reis

Michel Matos de Barros

Regina Celia Gatto Cardia de Almeida

Direção de Arte - Diagramação

DK Studio

Bia Gomes

Fotos

Shutterstock





Carta do editor

O sistema de saúde atual tem uma relação complexa e ambivalente com as práticas de assistência e a produção do conhecimento. Muitas instituições tentam contornar o que pode ser racionalmente conhecido, evitando a repetição de formas e ideias individuais.

Para nós, interpretar tendências políticas, econômicas, socioculturais e tecnológicas é uma maneira de vivenciar e dar sentido as questões práticas do sistema de saúde.

Nesse contexto, com o crescente interesse em buscar melhores resultados e aprimorar o trabalho dos gestores em saúde, decidimos criar a Revista Science.

Esta publicação compacta e direcionada tem como intuito trazer inspiração a nossos parceiros no desenvolvimento de trabalhos com rigor científico e que reflitam a realidade do sistema de saúde atual, apresentando alternativas de boas práticas em gestão para melhorias futuras.

A Revista Science é uma publicação interdisciplinar no campo da gestão, que trará resultados de pesquisa originais, inovadoras e criativas para o desenvolvimento e aprimoramento de gestores de saúde.

Nesta que é a primeira edição, apresentamos trabalhos que podem ajudar nossos leitores a refletir sobre questões atuais presentes no nosso dia a dia.

Finalmente deixo meus sinceros agradecimentos a todos que se prestaram a contribuir com esse projeto que se tornou realidade e permitirá traçar um panorama, mesmo que ainda parcial, da realidade de nosso sistema. O mérito da presente publicação deve ser creditado a esses autores, que aceitaram de maneira entusiasmada o convite para suas contribuições.

Esperamos propiciar discussões ricas, novas amizades e momentos de muito aprendizado. Não deixem de dar sugestões, afinal, vocês são os responsáveis pela nossa existência.

MARA MÁRCIA MACHADO

Editora Executiva

Sumário



05 **Editorial 1**
Reflexões de 2020 para a gestão em saúde

08 **Estudo Teórico 1**
Modelo integrado para o uso eficaz da
hemocultura como método diagnóstico

15 **Artigo Original 1**
Análise dos impactos da pandemia em
instituições brasileiras acreditadas

25 **Artigo Original 2**
Análise da maturidade digital das instituições
de saúde brasileiras

33 **Relato de Experiência 1**
Acreditação Internacional como estratégia de
implementação de boas práticas na Atenção
Primária: um relato de experiência

43 **Relato de Experiência 2**
Método Tracer Vital, uma ferramenta
adaptada para avaliação e melhoria da
qualidade dos processos de saúde

50 **Relato de Experiência 3**
Implantação de uma ferramenta
de transição de cuidado: relato de
experiência em uma unidade de
pronto atendimento

60 **Institucional**

61 **Normas de submissão**

Reflexões de 2020 para a gestão em saúde

Lucieli Dias Pedreschi Chaves¹

¹ Enfermeira, Professora Associada da Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto Universidade de São Paulo.

O ano de 2020, marcado pela pandemia da COVID-19, vai deixar rastros por todo o século XXI. Você já refletiu sobre o significado e as consequências de um evento causado por um vírus com grande velocidade de propagação e com impacto quase simultâneo no mundo?

Em maior ou menor proporção, mesmo em países mais ricos, a repercussão da tristeza de milhares de vidas perdidas e em pilares da sociedade, como saúde, economia e educação, evidencia o despreparo para enfrentar tamanha adversidade, mobilizar diferentes recursos, exercer responsabilidade social, agregar pessoas e instituições para fomentar a solidariedade, em alinhamento estratégico a diretrizes de organismos internacionais de saúde.

Uma crise macroestrutural global que envolve aspectos sanitários, geopolíticos, sociais, de disputas de poder, não é um intervalo de tempo no mundo que depois retornará ao que era antes, mas sim a sinalização de situação mundialmente mais complexa, que reverbera em microcenários. A nova normalidade precisa ser socialmente melhor que o normal anterior, nesse sentido, a crise pode e deve ser entendida como oportunidade para ser e fazer melhor, o que inclui os profissionais que trabalham no setor saúde.

Uma pandemia, que requer rápida resposta para seu enfrentamento, tem se mostrado um desafio sem precedentes para os sistemas de saúde porque expôs a operação fragmentada e reativa desses sistemas, limitações dos modelos assistenciais, intensificou fragilidades institucionais, explicitou desafios históricos das equipes de saúde. Problemas crônicos ganharam matizes mais densos, por exemplo, questões relativas à suficiência de financiamento, uso racional e sustentável de recursos, gestão de pessoas incluindo dimensionamento quanti-qualitativo das equipes, empregabilidade, gestão de riscos abrangendo o enfoque da qualidade e segurança do paciente, utilização da prática baseada em evidências, incorporação tecnológica, adoção da educação permanente e institucional, dentre outros elementos que perpassam a gestão em

saúde para garantir a assistência necessária, qualificada, segura e oportuna.

A gestão em saúde, em suas diferentes vertentes, tem sido questionada sobre o quanto já poderia ter incorporado e consolidado avanços úteis tanto para o enfrentamento dessa pandemia quanto de outras possíveis demandas sanitárias, que em última análise representam possibilidade de viabilizar o cuidado de excelência. Não como mero trocadilho de palavras, mas é preciso refletir quanto a gestão em saúde agrava ou é agravada pelo atual contexto.

Certamente oportunidades para qualificar o processo de gestão foram perdidas ou pouco usadas em sua potência. Entretanto, é preciso ponderar a complexidade da gestão em saúde que, em abordagem multidimensional, lida com macro e microelementos que impactam o alcance de metas e objetivos que devem ser focados no cuidado seguro e qualificado, exercido por profissionais qualificados, inseridos em instituições de saúde sustentáveis. Ademais, engloba aspectos organizacionais, estruturais e de processos de trabalho gerenciais e assistenciais, em enfoque dinâmico e estratégico ao propor intervenções direcionadas com propostas bastante operacionais para colocar em ação as intervenções necessárias.

Dentre as tantas vertentes da gestão em saúde marcadas pelas peculiaridades de 2020, vale destacar a que diz respeito às pessoas, tanto porque o enfrentamento à pandemia reafirmou a potência dos profissionais para o setor, quanto porque agravou fragilidades da gestão de pessoas presentes há tempos, que por vezes não estão na pauta de prioridades.

Como não reconhecer a dedicação e a competência dos profissionais de saúde, em cenas do mundo real, muitas delas de profundo sofrimento diante das insuficiências para garantir a vida, próprias e dos pacientes, e da escassez de recursos de todos os tipos; outras tantas cenas de felicidade com a recuperação de pacientes críticos, com a utilização de tecnologias

inovadoras para encurtar distancias e favorecer o cuidado, sob os aplausos de gratidão da população.

Espera-se que esse destaque represente valorização e reconhecimento do trabalho multiprofissional em saúde para que, sem perder a singularidade das competências que caracterizam as profissões, seja viabilizada uma perspectiva ampliada de atuação qualificada, humanizada e ética, para além da abordagem técnico-assistencial e gerencial, na lógica de inserção serviços de saúde sustentáveis, articulados a um sistema de saúde público ou suplementar. Para tanto, aspectos organizacionais e individuais precisam ser suplantados, incluindo aqueles que dizem respeito ao estabelecimento de relações respeitadas e não precarizadas, compreendendo condições adequadas de trabalho e de remuneração, além da disponibilidade de recursos adequados para viabilizar o cuidado qualificado e seguro.

As demandas são muitas e amplas, seu enfrentamento envolve aspectos relativos ao dimensionamento inadequado de pessoal, disputas de poder, sobrecarga de trabalho, duplo vínculo, modelos de gestão pouco participativos, predomínio do trabalho feminino do setor saúde e a implicação em reconhecimento profissional, desigualdade de gêneros, representação social de diferentes profissões do setor saúde, fragilidades/limitações/inadequações em processos de formação profissional, necessidade de investimento em educação institucional permanente e continuada, alta rotatividade de pessoal, feedback pouco efetivo entre serviços de saúde e academia, infraestrutura precária,

baixo reconhecimento profissional, pouca participação em processos decisórios em instâncias hierárquicas centrais.

As propostas para avançar a gestão de pessoas em saúde não estão prontas, não são únicas, nem consensuais, ao contrário, são contextuais e dinâmicas, construídas na internalidade dos serviços e requerem também articulações externas. Não na velocidade desejada, mas mudanças estão em curso, tanto no que diz respeito à atuação profissional focada nas competências requeridas para realizar o cuidado qualificado, seguro e oportuno ao paciente no serviço de saúde; quanto para a formação de qualidade com articulação teórico-prática para responder demandas do mundo do trabalho, mas também para ser agente de transformação do setor saúde; como também em processos gerenciais, ainda bastante centralizados. Definitivamente passou da hora de pensar e agir para reconhecer e valorizar o protagonismo dos profissionais de saúde.

Diante dos tantos desafios, é preciso manter o compromisso ético-profissional com o cuidado qualificado, acreditar na potencia da criatividade, inovação e dedicação das pessoas para a construção de cenários com perspectivas positivas, em um verdadeiro exercício de responsabilidade social e bem estar, que pode repercutir em práticas humanizadas e de excelência, para profissionais e pacientes. Por isso, é essencial que para além da competência, resiliência, dedicação que ficaram como marcas dos profissionais de saúde em 2020, as difíceis lições aprendidas produzam também avanços na gestão em saúde.

Modelo integrado para o uso eficaz da hemocultura como método diagnóstico

Regina Celia Gatto Córdia de Almeida, Geovana Magalhães Ferecini Tomasella, Mara Márcia Machado, Ariadine Cristina Rodrigues de Oliveira, Elizabeth Fernandes Reis.

Resumo

O objetivo deste estudo é demonstrar a importância de fatores essenciais relativos à hemocultura para a coprodução do cuidado, por meio da construção de um modelo assistencial integrado que possibilite o uso racional de antimicrobianos, com base na articulação dos saberes para a busca de objetivos únicos entre os diferentes profissionais, paciente e sua família. Além disso, buscar-se a análise da disponibilidade de recursos, que possibilite a participação de todos os envolvidos; definição de processos e tecnologia que apoie a colaboração e o compartilhamento do conhecimento. Desta forma, busca-se a revisão das atribuições de cada um dos profissionais e sua autonomia frente às implicações sobre a consistência desde o momento da indicação até os resultados da hemocultura.

Palavras-chave: Hemocultura; Tomada de decisão clínica; Bacteremia; Cuidados em saúde; Custos em cuidados de saúde.

A HEMOCULTURA E SUA IMPORTÂNCIA NO CONTEXTO HOSPITALAR

A hemocultura é considerada um dos métodos mais sensíveis para a detecção de bacteremia, permitindo assim o diagnóstico e tratamento de pacientes graves^{2,3,4,7,8}. Este exame permite a detecção rápida e precisa de micro-organismos presentes nas amostras e têm papel fundamental no direcionamento do tratamento antimicrobiano, levando a uma prestação de assistência qualificada, redução de tempo de internações e consequente redução de custos^{3,12}.

Inúmeros têm sido os fatores da falta de credibilidade nos resultados de hemocultura na prática atual, o que resulta em tratamentos empíricos, principalmente em unidades de cuidados críticos; apesar da sua reconhecida importância como método essencial para a prática clínica. Dentre estes fatores, podemos citar a baixa taxa de positividade, presença da contaminação de amostras além da demora na entrega dos resultados^{2,3,4}.

Na última década, percebeu-se um aumento no número de resultados falso-positivos, acreditando-se que se deva ao aumento no uso de automação nos setores de análise microbiológica^{4,6,7}. Seu resultado falso-positivo pode levar ao uso indiscriminado de antibióticos. As superbactérias vêm sendo um grande problema enfrentado pela humanidade, lembrando que quanto mais resistente for a bactéria, maior o comprometimento clínico do paciente, além de custos elevados para seu tratamento^{2,7}.

Atualmente, os valores envolvidos com um resultado falso-positivo são significativos, assim, é extremamente necessário que as instituições trabalhem padronizações internas para manterem-se sustentáveis². Embora o investimento em tecnologia possa trazer inúmeros benefícios, a otimização de estratégias pré-existentes podem trazer resultados promissores na prática clínica, à um custo possível nas organizações¹¹.

O tempo prolongado para acesso aos resultados de hemocultura pela equipe assistencial também deve ser considerado como contribuintes para a manutenção de tratamentos empíricos^{3,12,13}. A visão especializada, centrada na lógica profissional individual, dificulta a visão holística do paciente e acaba por levar a desperdícios e retrabalho²².

A decisão pela utilização da hemocultura como recurso de apoio à clínica, deve considerar o universo em que o paciente está inserido, baseando-se em prevalência de resistência antimicrobiana e práticas baseadas em evidências científicas²⁰. Além da avaliação clínica proposta pelo médico, todos os outros profissionais, o paciente e seus familiares devem participar da construção da conduta clínica, contribuindo com as informações individuais que direcionam a coprodução do cuidado²⁹.

A articulação multiprofissional é fundamental para a efetiva implantação de processos seguros e efetivos nos serviços de saúde^{5,6}. É importante estimular nas equipes assistenciais a prática de trabalho colaborativo, fortalecendo a comunicação entre as diferentes disciplinas, aumentando o compromisso com a resolutividade, exercendo a tomada de decisão compartilhada e tornando a condução de planos terapêuticos negociada entre todos²³.

OBJETIVO

O objetivo deste estudo é demonstrar a importância de fatores essenciais relativos à hemocultura para a co-produção do cuidado, por meio da construção de um modelo assistencial integrado que possibilite o uso racional de antimicrobianos, com base na articulação dos saberes para a busca de objetivos únicos entre os diferentes profissionais, paciente e sua família análise da disponibilidade de recursos, que possibilite a participação de todos os envolvidos; definição de processos e tecnologia que apoie a colaboração e o compartilhamento do conhecimento.

MÉTODO

Fatores essenciais relativos à hemocultura para a coprodução do cuidado

Um dos grandes objetivos da prática em saúde é a coprodução do cuidado, o que implica na redução de variações desnecessárias e não intencionais, aprimorando a qualidade e segurança de maneira significativa para todos os envolvidos.

A coprodução depende de três fatores essenciais: a articulação dos saberes para a busca de objetivos únicos entre os diferentes profissionais, paciente e sua família; a disponibilidade de recursos, que possibilite a participação de todos os envolvidos; e por fim, da definição de processos e tecnologia que apoie a colaboração e o compartilhamento do conhecimento²⁹.

Desta forma, entende-se que cada uma das atividades em saúde, com menor ou maior complexidade, dependem da articulação entre estes três fatores essenciais, objetivando-se assim a busca pela saúde em seu sentido mais amplo, que é consequência do relacionamento entre as diferentes forças sociais e fontes de cuidado²⁹.

A tomada de decisão colegiada, considerando fatores internos e externos à clínica, como o uso de antibióticos combinados, meia vida da droga e técnica utilizada, podem contribuir para a melhor estratégia de tratamento do paciente e permitir diagnósticos diferenciais precisos, assim como condutas antimicrobianas mais adequadas¹⁰.

Há desta forma, a importância de se envolver e integrar as múltiplas perspectivas das partes interessadas que podem moldar a compreensão e os processos de geração e uso do conhecimento. Com base no relacionamento entre as partes interessadas, a coprodução requer uma infraestrutura organizacional e de recursos para acontecer³⁰.

Assim, destaca-se fundamentalmente a ação dos diferentes profissionais para a prática da hemocultura, a saber: médicos infectologistas e assistentes, enfermeiros, técnicos de enfermagem, farmacêuticos, biomédicos /microbiologistas; para a construção de um modelo integrado de atuação para o uso da hemocultura de forma eficaz.

O envolvimento dos diferentes profissionais pode apoiar a tomada de decisão para o tratamento clínico e a escolha do momento correto de intervenção, bem como melhorar a obtenção de resultados^{16,17}. Desta maneira, considerar a clareza de qual é o papel e responsabilidade dos profissionais na melhor utilização da hemocultura é fundamental, para a garantia de que as atribuições necessárias para a qualidade e a segurança do processo aconteçam^{16,17}.

RESULTADOS

O desenho de papéis e responsabilidades da equipe multidisciplinar é um instrumento para a integração do paciente na coprodução do cuidado, por meio da atribuição de responsabilidades. A definição da autonomia destes profissionais para a prática clínica é essencial para a clareza em suas tarefas diárias, permitindo o uso da hemocultura como uma importante ferramenta de tomada de decisão para o uso racional de antimicrobianos. Essas divisões pretendem trazer para a prática da equipe multidisciplinar adaptada ao cenário atual de saúde no Brasil, tornando estes profissionais capazes de entender seu importante papel e trazer assim à responsabilização para as tarefas. Assim, propõe-se um modelo de descrição de papéis, atribuições e responsabilidades de acordo com a tabela 1, visando estabelecer claramente as atividades a serem desempenhadas por cada membro da equipe multidisciplinar e paciente / familiares.

Levando-se em conta que há um número elevado de infecções tratadas empiricamente, por ausência de positividade ou demora na detecção de

micro-organismos^{8,15}; associado ao custo da coleta de hemocultura, altamente dispendioso para os serviços de saúde; é importante que exista a padronização do protocolo de coleta, visando a integração de estratégias que contribuirão para o melhor desfecho clínico do paciente e a desospitalização precoce por consequência⁷.

Para garantir a qualidade das amostras, é importante determinar o modo e as etapas essenciais da utilização da hemocultura, sendo que a primeira fase deve ser a construção de diretrizes pela equipe multiprofissional, baseando-se em legislações vigentes de prevenção e controle de infecções¹⁹. Devem ser previstas etapas importantes, as quais vão desde a indicação clínica, número de amostras, hora, intervalo e local de coleta, volume de sangue, técnica de coleta, tipo de frascos, metodologia e tecnologia de análise à interpretação de resultados¹⁸. O envolvimento de farmacêuticos e infectologistas na indicação e duração da terapia antimicrobiana, podem contribuir para a qualificação dos cuidados e consequente redução de eventos relacionados à exposição inadequada ou prolongada dos medicamentos e

de dispositivos vasculares, além do impacto na política de custos com a assistência médica em geral^{3,12}.

A equipe de análises clínicas, em especial o microbiologista é decisiva no emprego da melhor tecnologia que permita a interpretação do resultado e empreender investigações que gerem valor e conhecimento à equipe⁽²¹⁾. Cabe lembrar que este resultado deve ser encaminhado para os tomadores de decisão o mais rápido possível, direcionando a terapêutica mais adequada junto ao paciente e familiares.

Destaca-se aqui, o papel do farmacêutico na comunicação com a equipe multidisciplinar, compartilhando conhecimento sobre o melhor uso de medicamentos dentro de ambientes críticos²⁸. A participação deste profissional nas definições clínicas, na construção dos protocolos multidisciplinares e através da análise técnica de prescrições, favorecem a atuação plena no tratamento farmacoterapêutico²⁸. É necessário considerar a coprodução do cuidado como um fator primordial na articulação da equipe multidisciplinar²⁹, uma vez que o paciente pode colaborar com a adequação de seu tratamento medicamentoso.

Tabela 1: Papéis e responsabilidades da equipe multiprofissional para a garantia da qualidade e segurança no uso da hemocultura.

PROFISSIONAL	PAPEL	ATRIBUIÇÃO	RESPONSABILIDADE	REFERÊNCIAS
Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência / Infectologia	Definir diretrizes de antibioticoterapia empírica baseado no perfil microbiológico	Análise da adequação da terapia antimicrobiana	Acompanhar a indicação do antimicrobiano com base na hemocultura	Portaria nº 2616, de 12 de maio de 1998 - Diretrizes e normas para a prevenção e o controle das infecções hospitalares
Médico assistente	Identificar a necessidade do uso da hemocultura	Prescrever a hemocultura	Tomar decisão clínica baseada em evidências científicas	Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019
Farmacêutico clínico	Identificar o melhor momento para a coleta de hemocultura	Analisar tecnicamente a prescrição médica e aprazar a coleta de hemocultura considerando o menor nível sérico dos antimicrobianos	Garantir que a coleta de hemocultura seja realizada no momento oportuno, proporcionando o melhor resultado possível	ANVISA - Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, 2013. / Resolução do Conselho Federal de Farmácia nº 585, de 29 de agosto de 201 - Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico

continua...

Tabela 1: Continuação...

PROFISSIONAL	PAPEL	ATRIBUIÇÃO	RESPONSABILIDADE	REFERÊNCIAS
Profissional coletador	Atender a solicitação dentro do prazo.	Coletar a amostra	Cumprir requisitos para a coleta de hemocultura com base na melhor evidência e Protocolo institucional: número de amostras, hora, intervalo e local de coleta, volume de sangue, técnica de coleta, tipo de frascos	RDC N° 302, de 13 de outubro de 2005 - Dispõe sobre Regulamento Técnico para funcionamento de laboratórios clínicos
Microbiologista	Informar o resultado da hemocultura	Analisar e processar a amostra Disponibilizar resultados parciais e finais para equipe multidisciplinar	Determinar o melhor método de análise das amostras Priorizar os resultados parciais das análises Discutir resultados com equipe multiprofissional para apoiar a decisão clínica	RDC N° 302, de 13 de outubro de 2005 - Dispõe sobre Regulamento Técnico para funcionamento de Laboratórios Clínicos. / ANVISA - Segurança e Controle de Qualidade no Laboratório de Microbiologia Clínica, 2005
Paciente e familiar	Contribuir para a tomada de decisão clínica	Fornecer informações a respeito da sua condição clínica	Expressar sua vontade diante das propostas terapêuticas	Batalden, et al 2016. Coproduction of healthcare service
Equipe multiprofissional	Definir protocolo de indicação, coleta e manejo da hemocultura	Decisão colegiada sobre o Protocolo institucional de Coleta de Hemocultura.	Garantir o melhor uso da tecnologia e recursos da hemocultura com base nos indicadores de sensibilidade, contaminação, positividade e adequação de solicitação, além do resultado da coprodução do cuidado	Portaria nº 2616, de 12 de maio de 1998 - Diretrizes e normas para a prevenção e o controle das infecções hospitalares. / Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013 - Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar

O resultado do trabalho multidisciplinar e envolvimento do paciente e sua família deve ser uma análise conjunta, para a identificação de oportunidades de inovação e melhorias no processo. Destaca-se assim a necessidade da observação não apenas dos indicadores relativos à contaminação de amostras, mas também da efetividade do uso da hemocultura para o manejo terapêutico e minimização das práticas empíricas, além do aumento do custo-benefício do uso deste método diagnóstico, permitindo o uso racional de antimicrobianos. O envolvimento da equipe multidisciplinar para a adequação de cada uma das etapas, previstas para a coleta e análise dos resultados da hemocultura devem ser analisados para a garantia de um processo seguro e eficaz.

CONCLUSÃO

Os desafios globais na saúde mundial reafirmam a importância da atuação multiprofissional, desde a identificação de agravos à saúde, uso oportuno de recursos diagnósticos, adequada proposta de tratamento e monitoramento da evolução para validação das medidas implantadas ou redefinição de cuidados. Há uma preocupação justificada com o futuro, no que tange a resistência microbiana e a possibilidade de limitações terapêuticas. Contudo, apesar de um grande impacto na assertividade da tomada de decisão clínica, a hemocultura é um exame que deve considerar o indivíduo em seu contexto social, comunitário e sob a ótica multidisciplinar.

O diálogo colaborativo e efetivo entre os profissionais da equipe multidisciplinar e o paciente é um grande desafio, mas é evidente a sua importância na construção do cuidado produzido com base em saberes específicos que serão convertidos em ações que beneficiem o paciente.

Além dos impactos diretos na saúde os indivíduos, é essencial retomar a discussão sobre a otimização

de recursos, principalmente em momentos de crise do sistema de saúde, onde os impactos na sustentabilidade são imprevisíveis. É importante a revisão dos processos de trabalho e a eficácia dos métodos utilizados para suporte clínico. Os recursos para a saúde são finitos e sua alocação adequada é uma estratégia de alto impacto na sustentabilidade dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Aronson MD and Bor DH. (1987). Blood Cultures. Diagnosis and Treatment Diagnostic Decision. Boston and Cambridge, Massachusetts. Annals of Internal Medicine. 1987;106:246-253. American College of Physicians.
2. Dempsey C, Skoglund E, Muldrew KL and Garey KW. (2019). Economic health care costs of blood culture contamination: A systematic review. American Journal of Infection Control 47 (2019) 963–967. Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology, Inc. Published by Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2018.12.020>
3. Donner LM, Campbell WS, Lyden E, Van Schooneveld TC. (2016). Assessment of rapid-blood-culture-identification result interpretation and antibiotic prescribing practices. J Clin Microbiol 55:1496 –1507. <https://doi.org/10.1128/JCM.02395-16>
4. Hall KK and Lyman JA. (2006). Updated Review of Blood Culture Contamination. CLINICAL MICROBIOLOGY REVIEWS, Oct. 2006, p. 788–802 Vol. 19, No. 4. 0893-8512/06/\$08.000. American Society for Microbiology. <https://doi.org/10.1128/CMR.00062-05>
5. James D, Vargo JD, Grow JN, Yang S, Bernard ABS, Nazir N and Bhavsar D. (2017). Parameters for Ordering Blood Cultures in Major Burn Injury Patients: Improving Clinical Assessment. American Burn Association. <https://doi.org/10.1097/BCR.0000000000000624>
6. Lambregts MMC, Bernards AT, van der Beek MT, Visser LG, de Boer MG (2019). Time to positivity of blood cultures supports early reevaluation of empiric broad-spectrum antimicrobial therapy. PLoS ONE 14(1): e0208819. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208819>
7. Lamy B, Dargère S, Arendrup MC, Parienti J-J and Tattevin P. (2016). How to Optimize the Use of Blood Cultures for the Diagnosis of Bloodstream Infections? A State-of-the-Art. Front. Microbiol. 7:697. <https://doi.org/10.3389/fmicb.2016.00697>
8. Long B and Koyfman A; (2016). The Journal of Emergency Medicine. Best Clinical Practice: Blood Culture Utility in the Emergency Department. Vol. -, No. -, pp. 1–11. Elsevier Inc. 0736-4679.
9. Mylotte MJ and Tayara A. (2000). Blood Cultures: Clinical Aspects and Controversies. Eur J Clin Microbiol Infect Dis (2000) 19 :157–163.
10. Nasefa R, Lababidia RL, Alatoomb A, Krishnaprasad S, Bonillad F. (2020). The Impact of Integrating Rapid PCR-Based Blood Culture Identification Panel to an Established Antimicrobial Stewardship Program in the United Arab of Emirates. International Journal of Infectious Diseases 91, 124–128. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2019.11.028>
11. Ritu Banerjee R, Özenci V and Patel R. (2016). Individualized Approaches Are Needed for Optimized Blood Cultures. Clinical Infectious Diseases® 2016;63(10):1332–9. Published by Oxford University Press for the Infectious Diseases Society of America. <https://doi.org/10.1093/cid/ciw573>
12. She RC and Bender JM. (2018). Advances in Rapid Molecular Blood Culture. Diagnostics: Healthcare Impact, Laboratory Implications, and Multiplex Technologies. American Association for Clinical Chemistry. <https://doi.org/10.1373/jalm.2018.027409>
13. Sheu W-C, Arulthasan M, Ammana H, Kenne FM, Ojo M, Elsaady E, Chokshi S, Balabayova K, Baig S, Rehman S, Zin K, Dunn K, Saverimuttu, J. (2019). A Study in Reducing Blood Culture Contamination Rates. Journal of Scientific Innovation. in Medicine; 2(2): 28. <https://doi.org/10.29024/jsim.40>
14. Washington AJ and Dstrup DM. (1986). Blood Cultures: Issues and Controversies. REVIEWS OF INFECTIOUS DISEASES • VOL. 8, NO. 5 • september-october 1986. The University of Chicago. 0162-0886/86/0805-<1015.

15. Weinstein, MP. (2003). Blood Culture Contamination: Persisting Problems and Partial Progress. Minireview. *Journal of Clinical Microbiology*, June 2003, p. 2275–2278 Vol. 41, No. 6. 0095-1137/03/\$08.000. American Society for Microbiology. <https://doi.org/10.1128/JCM.41.6.2275-2278.2003>
16. Machado, MM; Farras, BC; Tomasella, GMF; Oliveira, ACR; et al. (2020). Reflection of Practice: The Roles and Responsibilities of The Nurse in Primary Health Care. *Nur Primary Care*. 4(2): 1-4. ISSN 2639-9474
17. Machado, MM; Farras, BC; Tomasella, GMF; Oliveira, ACR; et al. (2020). The Value in Primary Health Care: Challenges and Perspectives. *Nur Primary Care*. 4(2): 1-3. ISSN 2639-9474.
18. Araujo, MRE. Hemocultura: recomendações de coleta, processamento e interpretação dos resultados. (2012). *J Infect Control* 2012; 1 (1): 08-19. Hemoculturas - Recomendações de coleta, processamento e interpretação dos resultados.
19. MS. Ministério de Saúde. (1998). Portaria nº 2616, de 12 de maio de 1998. Diretrizes e normas para a prevenção e o controle das infecções hospitalares. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/portaria-n-2-616-de-12-de-maio-de-1998>
20. CFM. Conselho Federal de Medicina. (2019). Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019 / Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019. 108 p. 15 cm.
21. Pellizari, VH; Nakayama, CR; Araújo, ACV; Liotti, RG; Vazoller, RF. (2007). Mudanças Climáticas Globais e a Microbiologia. *SBM in Foco. Revista da Sociedade Brasileira de Microbiologia*. Vol.1, nº 1 (Julho, Agosto, Setembro). São Paulo:SBM.
22. Previato GF, Baldissera VDA. (2018). Communication in the dialogical perspective of collaborative interprofessional practice in Primary Health Care. *Interface (Botucatu)*. 22(Supl. 2):1535-47. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0647>
23. Waldow, VR. Cuidado colaborativo em instituições de saúde: a enfermeira como integradora. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*, 2014 Out-Dez; 23(4): 1145-52. <https://doi.org/10.1590/0104-07072014001840013>
24. Ministério da Saúde - PORTARIA Nº 2.616, DE 12 DE MAIO DE 1998 - dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção pelos hospitais do país, de programa de controle de infecções hospitalares.
25. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) - Segurança e Controle de Qualidade no Laboratório de Microbiologia Clínica – Modulo II - Requisitos básicos para laboratório de microbiologia, 2005. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/servicosade/microbiologia/mod_2_2004.pdf
26. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) - RESOLUÇÃO DE DIRETORIA COLEGIADA – RDC Nº 302, DE 13 DE OUTUBRO DE 2005 - Dispõe sobre Regulamento Técnico para funcionamento de Laboratórios Clínicos.
27. Ministério da Saúde - PROTOCOLO DE SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO, USO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS - Protocolo coordenado pelo Ministério da Saúde e ANVISA em parceria com FIOCRUZ e FHEMIG, 2013.
28. Ferracini, FT; Borges Filho, WM. (2011). *Farmácia Clínica: Segurança na Prática Hospitalar*. São Paulo: Editora Atheneu 147-148.
29. Batalden M, Batalden P, Margolis P, et al. Coproduction of healthcare service. *BMJ Qual Saf* 2016;25: 509–517.
30. Hyde, P., & Davies, H. T. O. (2004). Service design, culture and performance: Collusion and co-production in health care. *Human Relations*, 57(11), 1407–1426. <https://doi.org/10.1177/0018726704049415>

Análise dos impactos da pandemia em instituições brasileiras acreditadas

Ariadine Cristina Rodrigues de Oliveira, Mara Márcia Machado, Geovana Magalhães Ferecini Tomasella, Bruno Cavalcanti Farras, Adriana Freitas Silva, Flora Seara

Resumo

Esta pesquisa trata do desenvolvimento de um método de acompanhamento e avaliação quantitativa dos impactos da pandemia no sistema de saúde brasileiro; a fim de comparar os resultados de instituições acreditadas Qmentum com aquelas que não possuem esta certificação. Foram analisados os impactos da pandemia em 421 instituições por meio de uma matriz, onde observaram-se os impactos nos objetivos do negócio, nos recursos humanos e desenvolvimento organizacional, segurança de profissionais e colaboradores, impactos na comunicação e interrupção do serviço ou negócio. Observaram-se menores impactos nas médias e em quatro das sete dimensões estudadas, para as instituições acreditadas.

Palavras-chave: Acreditação; Padrões de qualidade; Sistema de saúde; Desenvolvimento organizacional.

INTRODUÇÃO

As iniciativas de acreditação hospitalar surgiram nos Estados Unidos da América em meados da década de 20 com a fundação do Colégio Americano de Cirurgiões, possibilitando assim a criação de um programa de padronização para o serviço hospitalar¹. Com o passar dos anos e a maior disseminação desta estratégia, a acreditação hospitalar se tornou um diferencial competitivo, expandindo as possibilidades da aplicação das melhores práticas não apenas do segmento cirúrgico, mas para os serviços hospitalares como um todo¹.

Desde sua concepção, a acreditação hospitalar é um modelo voluntário de avaliação e desenvolvimento de qualidade do ambiente da prática profissional, ao qual surgiu com objetivo de disseminar as melhores práticas de qualidade e segurança como perspectivas centrais². A construção dos padrões de avaliação foram bases importantes de amadurecimento dos programas de acreditação ao redor do mundo, adaptando-se constantemente às necessidades do público, legislações locais e novas exigências de mercado².

Dentre os modelos de acreditação, o programa Qmentum fornece uma estrutura para orientar a medição. Os padrões e outros componentes do processo de acreditação são adequados para garantir a relevância do processo de construção, além de valor, promovendo uma vasta quantidade de informações que gerem o conhecimento, de acordo com o ritmo de evolução do conhecimento dos usuários. Este método de construção envolve todos os membros da organização, desde a alta governança bem como equipes diretamente ligadas ao cuidado em saúde, bem como a comunidade, incluindo os pacientes e familiares.

Em revisão da literatura sobre os benefícios e valores fornecidos pelo processo de acreditação canadense, observou-se: aprimoramento do atendimento aos padrões de tomada de decisão e prestação de contas nos

cuidados de saúde, como estratégia para mitigação dos riscos, permitindo a análise de performance, imparcial e objetiva aos *stakeholders*¹⁵.

Desta forma, a acreditação pode ser utilizada como ferramenta para a estratégia organizacional, com diagnóstico de pontos fortes e pontos de melhoria, bem como estimular as organizações de saúde para a construção de sua identidade e por fim, sua cultura para o alinhamento de práticas organizacionais⁹⁻¹⁰.

Visa-se assim a sustentabilidade dos sistemas de saúde, com o olhar voltado aos sucessos das organizações, identificando tendências e desafios na prestação de serviços de saúde. Os dados advindos do processo de acreditação podem ser um recurso inestimável para todas as esferas governamentais e organizações de saúde bem como lideranças institucionais; contribuindo para a tomada de decisão assertiva que garanta a melhoria contínua da qualidade, bem como uma análise aprofundada dos riscos, permitindo sua mitigação além do uso eficiente dos recursos em saúde^{2, 10}.

Em meio à um mercado altamente competitivo, notou-se nas duas últimas décadas a busca de organizações de saúde por metodologias de acreditação como ferramenta de melhoria da qualidade e segurança de seus serviços⁹⁻¹⁶.

Desta forma, com a imprevisibilidade das consequências causadas pela pandemia, preocupamo-nos em identificar pontos representativos para análise dos impactos das organizações de saúde que trabalharam os conceitos de qualidade e segurança em seus processos.

OBJETIVO

Analisar os impactos da pandemia em Instituições brasileiras de saúde, comparando os resultados entre instituições acreditadas ou não, por um modelo internacional.

MÉTODO

Tendo por base a Teoria baseada na avaliação de impactos (TBAI)¹⁷⁻¹⁹, que tem como objetivo analisar os desfechos e impactos de intervenções desenvolvidas, foram desenhadas as etapas para análise de instituições. As etapas que compõem o processo de avaliação dos impactos foram:

a) Mapeamento da cadeia casual: a análise da cadeia casual consiste na análise do que dos impactos pretendidos a partir da intervenção. Neste sentido, observam-se as instituições classificadas como Acreditadas Qmentum como o grupo de intervenção. De acordo com a proposta de coprodução da metodologia, visa-se o entendimento das organizações de saúde para o melhor uso dos recursos, aumentar sua eficiência, melhorar a qualidade e segurança, e diminuir os riscos no negócio.

b) Análise do contexto: para determinar o contexto vivido pelas instituições no momento da análise das mesmas, foram determinadas três grandes fases para o processo de enfrentamento da crise, relacionadas às grandes “ondas”.

- Mobilização (1ª onda) pode ser definida como o momento de alto impacto em mortalidade e morbidade de pacientes por COVID-19.
- Estabilização (2ª onda) quando os impactos pela restrição de recursos relacionados às condições não COVID-19 e situações psicológicas, começam a ser visíveis na saúde dos colaboradores.
- Estratégia (3ª onda) é quando surgem os impactos gerados pela interrupção do cuidado às condições crônicas, aparecem o Burnout, traumas psíquicos e prejuízos financeiros.

c) Antecipar a heterogeneidade: buscou-se com relação à esta etapa entender os impactos nos diferentes serviços de saúde, comparando-se as instituições pelo modelo de esfera administrativa, tipo de instituições (hospitalares ou atendimento especializado, ambulatorios e clínicas).

d) Avaliação rigorosa do impacto: Foram acompanhadas instituições certificadas e em processo de certificação Qmentum, durante os meses de março a junho, totalizando 234 instituições. A coleta de dados foi realizada por meio de contato telefônico, realizados por oito avaliadores do sistema de acreditação, sendo mais de 1200 telefonemas e 100 vídeo conferências. Todos os contatos nas instituições foram realizados com profissionais da área de Qualidade, Recursos Humanos, Serviço de Controle de Infecção Hospitalar e Diretoria Administrativa e Técnica. Para todas as ligações foram registrados os dados em formulário próprio da instituição, pelo Sistema Smartsheet®.

Para avaliação dos impactos gerados pela pandemia nos sistemas de saúde, foi utilizada uma matriz de risco adaptada de uma publicação internacional⁵. Esta matriz, que avalia risco institucional, foi adaptada à realidade brasileira, incluindo sete dimensões: impactos nos objetivos do negócio ou no planejamento estratégico, impactos financeiros, impactos ambientais, recursos humanos e organizacionais, segurança e comunicação.

Os impactos ambientais, decorrentes a qualquer mudança no ambiente, de forma adversa, total ou parcialmente resultante das atividades, produtos ou serviços de uma organização (Ex.: aumento da emissão de gases, alto consumo de energia elétrica, contaminação ambiente) foi retirado da análise por não serem obtidos dados suficientes para esta análise.

Quadro 1: Matriz de avaliação de impactos das instituições de saúde brasileiras.

DIMENSÕES	1	2	3	4	5
Objetivos do negócio ou planejamento estratégico	Redução quase imperceptível no escopo, qualidade ou projetos estratégicos	Pequena redução escopo, qualidade ou projetos estratégicos	Redução moderada no escopo, qualidade, ou projetos estratégicos	Alterações significativas negócio. Escopo, qualidade ou projetos estratégicos muito prejudicados	Incapacidade manter os objetivos do negócio Sérios danos à qualidade ou projetos estratégicos
Impactos financeiros (Inclui danos, perdas ou fraudes)	Danos imperceptíveis	Perda financeira com pequeno impacto na organização	Perda financeira significativa à organização	Perda financeira de grande impacto na organização	Perda financeira severa, que ameaça a manutenção do negócio
Impactos em recursos humanos e no desenvolvimento organizacional	Absenteísmo, turnover, capacitação com impactos imperceptíveis	Absenteísmo, turnover, capacitações com baixo nível de redução	Absenteísmo, turnover, capacitação com impactos moderados (reflete-se suas consequências em todos os níveis organizacionais)	Absenteísmo, turnover, capacitação com alto impacto	Absenteísmo, turnover, capacitação com altíssimo impacto. Perda de pessoas chave à organização
Impactos na Segurança	Danos imperceptíveis à segurança psicológica, social e física de profissionais e/ou pacientes	Danos à segurança psicológica, social e física percebidos, mas não requer ações maiores para reversão à saúde de profissionais e pacientes	Danos significativos à saúde psicológica, social e física de pacientes e colaboradores	Os danos à saúde psicológica, social e física trazem impactos à médio prazo, requerem acompanhamento	Os danos à saúde psicológica, social e física são permanentes. Óbitos frequentes de pacientes e colaboradores
Impactos na Comunicação	Impactos mínimos à comunicação com stakeholders	Impactos perceptíveis no fluxo de comunicação com stakeholders	Falhas moderadas no fluxo de comunicação com stakeholders, gerados por Canais de comunicação mal definidos ou inadequados	Impactos importantes na comunicação, percebidos diretamente pelos stakeholders	Impactos de alta gravidade relativos a falhas de comunicação com stakeholders
Impactos em serviços ou negócios	Impactos imperceptíveis na interrupção de serviços ou negócio	Impactos em diminuição de oferta de alguns serviços	Perda temporária habilidade de fornecer serviços	Alta perda de serviços, envolvimento de planos de contingência para recuperação do negócio	Perda catastrófica de serviços ou fechamento do serviço

e) Análise rigorosa dos dados baseada em fatos: A matriz, de acordo com o Quadro um, possui pontuação de um a cinco, para todas as dimensões. A pontuação foi realizada por duas avaliadoras treinadas, que analisaram as respostas dos avaliadores, e, de acordo com as evidências nos relatos, realizaram a pontuação, por

meio de dupla checagem na amostra. Para instituições na qual não houve concordância da pontuação entre as avaliadoras, foram solicitadas novas ligações às instituições, para busca de um maior número de dados.

Por meio da análise estatística, foram observadas as médias, medianas e desvios padrões, bem como os

níveis de confiabilidade destas diferenças, por meio dos testes t-Student e ANOVA em software estatístico Minitab19®.

f) Uso de diferentes métodos de análises: nesta etapa é proposto o uso de dados com análises quantitativas e qualitativas. A triangulação de dados será a última etapa do estudo proposto com acompanhamento das instituições de saúde por no mínimo seis meses, com o uso do grupo focal, não abordado neste estudo em questão.

RESULTADOS

Foram selecionadas 504 instituições brasileiras para a realização de acompanhamento por telefone. Deste número, 63 instituições foram retiradas da amostra, por dificuldades para realização do contato ou falta de dados suficiente para realização da análise.

Ao todo foram realizados 1200 contatos telefônicos e 100 vídeo conferências com as instituições

acreditadas ou em processo de acreditação por meio do uso da metodologia Qmentum, no período de março a junho de 2020.

Caracterização da amostra

Do total de 421 instituições acompanhadas, 241 (57,2%) destas eram ambulatorios, clínicas especializadas ou laboratórios; e as demais (180), tratavam-se de hospitais. Com relação a esfera administrativa, 361 instituições (85,7%) tratavam-se de instituições privadas e as demais (60) com atendimentos exclusivamente públicos do Sistema Único de Saúde brasileiro.

Com relação à fase institucional (Mobilização, Estabilização e Estratégia), relativo ao último contato, observou-se que a maior parte, 360, encontrava-se no momento de Estabilização (86,5%), seguida daquelas em mobilização (12,46%). Apenas cinco das instituições encontravam-se em Estratégia (11,9%).

Do total de instituições analisadas, 69,36% destas não possuíam acreditação Qmentum, e o restante, 30,64% sim, de acordo com o gráfico abaixo:

Quadro 2: Características das instituições estudadas.

INSTITUIÇÕES	Nº DE AMBULATÓRIOS CLÍNICAS E LABORATÓRIOS	%	Nº HOSPITAIS	%	TOTAL GERAL	%
Instituições que não possuem acreditação Qmentum	183,00	69,30	109,00	25,89	292,00	69,36
Instituições que possuem acreditação Qmentum	58,00	30,70	71,00	16,86	129,00	30,64
Total Geral	241,00	100,00	180,00	100,00	421,00	100,00

Análise dos dados

A partir do quadro abaixo, observam-se a média por dimensões estudadas pela Matriz de Impactos. Os maiores impactos observados foram nas dimensões de recursos humanos e segurança e desenvolvimento

organizacional seguido dos danos financeiros, com médias de 2,83 e 2,81 respectivamente. A média global de todas as dimensões foi de 2,66. O maior desvio padrão observado foi na dimensão de interrupção do negócio. Esta maior variabilidade se deu dentre os

serviços ambulatoriais, clínicas e laboratórios, observando-se médias para este último grupo maiores, com interrupção total de alguns destes serviços, em decorrência de orientações governamentais durante

o período da pandemia. Os maiores impactos percebidos nos Hospitais foram de Segurança e relativos aos recursos humanos, enquanto nos Ambulatórios, clínicas ou laboratórios, o impacto maior foi financeiro.

Quadro 3: Análise dos impactos nas Instituições brasileiras por dimensão e tipo de serviço.

DIMENSÕES	AMBULATÓRIOS, CLÍNICAS E LABORATÓRIOS			HOSPITAIS			TOTAL		
	Média	Mediana	Desvio padrão	Média	Mediana	Desvio padrão	Média	Mediana	Desvio padrão
Objetivos do negócio e projetos	2,54	2,00	0,63	2,45	2,00	0,89	2,50	2,00	0,75
Danos financeiros	3,02	3,00	0,86	2,52	3,00	0,87	2,81	3,00	0,90
Impactos em Recursos humanos e desenvolvimento organizacional	2,80	3,00	0,72	2,88	3,00	0,73	2,83	3,00	0,72
Impactos na Segurança	2,56	3,00	0,62	2,93	3,00	0,83	2,72	3,00	0,74
Impactos na Comunicação	2,45	2,00	0,56	2,55	2,00	0,67	2,49	3,00	0,61
Interrupção do serviço ou negócio	2,80	2,00	0,95	2,35	2,00	0,89	2,61	3,00	0,95
Total	2,70	2,67	0,58	2,61	2,67	0,63	2,66	3,00	0,60

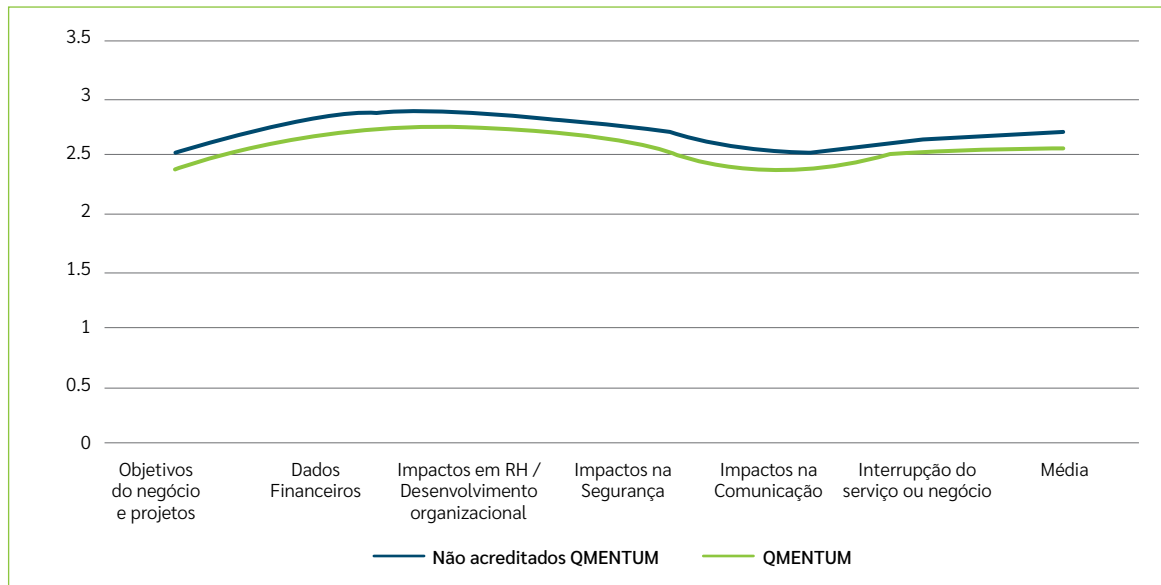
Foram analisadas as instituições e suas fases para entender a influência desta nos impactos da pandemia. Não foram observadas diferenças significativas entre os grupos estudados em Mobilização e Estabilização. Devido ao baixo número de instituições em Estratégia não foram possíveis as comparações entre este grupo.

Com relação à esfera administrativa, não foram observadas diferenças significantes entre o grupo de instituições cujo atendimento é privado ou público,

denotando que estas questões não influenciaram nos impactos durante a pandemia.

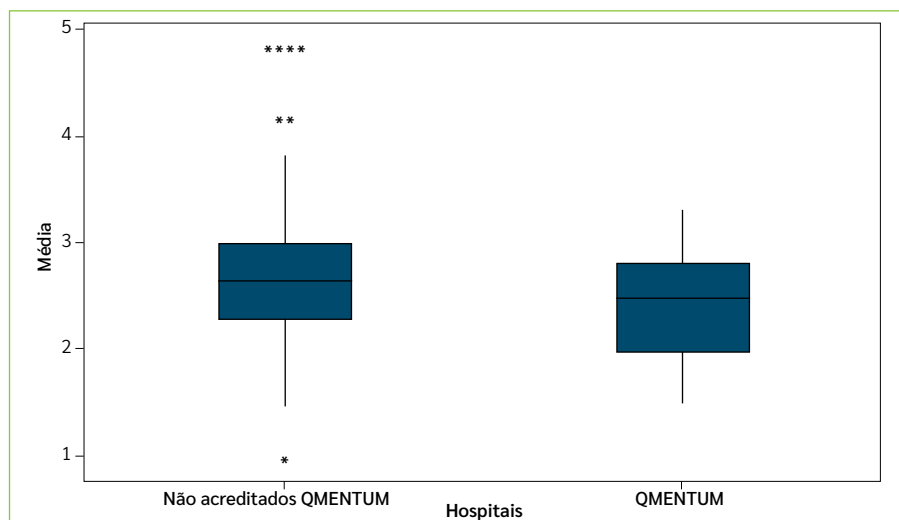
Observaram-se também as médias para cada dimensão dentro o grupo formado por Hospitais e Ambulatórios, Clínicas e Laboratórios.

Também foram comparadas as médias globais e por dimensão entre as instituições acreditadas Qmentum e aquelas que não apresentavam esta certificação, de acordo com o gráfico abaixo:

Gráfico 1: Médias dos impactos da pandemia por dimensões da Matriz, de acordo com a metodologia de acreditação Qmentum.

Comparando-se as instituições acreditadas Qmentum com aquelas que não possuem esta acreditação, observaram-se maiores impactos naquelas que não possuem esta acreditação, para todas as dimensões avaliadas. Para análise aprofundada destas diferenças, foram realizados os testes T-Student para comparação entre os dois grupos, observando-se significância para as dimensões Objetivos do negócio e projetos ($p=0,05$), Danos financeiros ($p=0,04$), Impactos na comunicação ($p=0,008$) e Média global ($p=0,015$).

Observaram-se também as dimensões de impactos dentre os hospitais, observando-se e com maiores impactos para hospitais não acreditados Qmentum. Para todas as dimensões, exceto em Segurança e Recursos humanos existiram diferenças significativas entre os dois grupos comparados ($p<0,05$). Nota-se pelo gráfico abaixo que, além de medianas menores de impactos para Hospitais acreditados Qmentum, também se observa uma menor variabilidade de impactos para este último grupo.

Gráfico 2: Médias dos impactos da pandemia entre os Hospitais, de acordo com a metodologia de acreditação Qmentum.

Quadro 4: Níveis de significância (t-Student) de acordo com as dimensões de Impactos estudadas.

ANÁLISE	OBJETIVO DO NEGÓCIO E PROJETOS	DANOS FINANCEIROS	IMPACTOS EM RECURSOS HUMANOS	IMPACTOS NA SEGURANÇA	IMPACTOS NA COMUNICAÇÃO	INTERRUPÇÃO DO SERVIÇO OU NEGÓCIO	MÉDIA
Níveis de significância	0,025	0,009	0,035	0,409	0,030	0,038	0,007

DISCUSSÃO

Denota-se, conforme outros estudos⁹⁻¹³ que a Acreditação Internacional Qmentum trouxe benefícios para instituições de saúde. Estes benefícios, em um cenário como a pandemia foram demonstrados por meio de menores impactos percebidos durante o enfrentamento da crise, tornando o preparo para a crise mais adequado, pelo planejamento de ações de curto e médio prazo alinhadas ao contexto interno e externo vivido pelas instituições.

Nota-se que o fornecimento de uma estrutura para apoio à criação e implementação de sistemas e processos para aprimorar a eficácia operacional e melhorias nos resultados do sistema de saúde são fundamentais não apenas para a manutenção dos serviços, mas também da qualidade e segurança⁹⁻¹³.

Diante da variabilidade de cenários no Brasil, se fez necessária a análise prévia da fase institucional de enfrentamento que as instituições se encontravam, afim de analisar o contexto e a interferência deste nos impactos observados; no entanto, observou-se que este não foi um fator de relevância para as instituições nas estratégias utilizadas para a manutenção do negócio ou para minimização dos danos.

As médias entre as instituições estudadas também demonstram uma menor variabilidade entre as instituições acreditadas Qmentum, denotando uma menor instabilidade nos impactos sofridos durante os momentos iniciais da pandemia, o que denota um processo de preparação antecipado à pandemia,

gerando um aporte financeiro às necessidades eminentes, como insumos, o que afetou em menor grau as estratégias da organização, com menor número de interrupções aos serviços disponibilizados.

Alguns serviços foram diretamente impactados pela interrupção obrigatória de cirurgias eletivas ou atendimentos ambulatoriais, porém, uma estratégia fortalecida de retorno às atividades, promoveu um retorno antecipado às atividades assim que esta liberação ocorreu. Estas estratégias foram mais bem adotadas em instituições onde o fluxo de comunicação foi realizado com o maior número de *stakeholders*, incluindo médicos, pacientes e fornecedores. O aprimoramento da comunicação e colaboração com *stakeholders*, bem como o fortalecimento da efetividade de times interdisciplinares, além da demonstração de credibilidade e comprometimento com a qualidade e integridade são estratégias adotada pela metodologia Qmentum^{9, 13, 15, 16}.

Observou-se um grande impacto relativo aos recursos humanos e à segurança de colaboradores e pacientes, principalmente em instituições hospitalares. Isto se deu pelos problemas relativos à dificuldade em se adquirir insumos, além de grande insegurança nos colaboradores, traduzindo-se em aumento do absenteísmo e turnover institucional.

Estes resultados demonstram que é necessário o aprimoramento no cumprimento das normas de qualidade e segurança das organizações de saúde, desde o simples ato da higienização das mãos até a

melhoria dos resultados para a saúde dos pacientes. Isto só será permitido por meio da promoção de uma cultura de qualidade e segurança.

As questões psicológicas foram frequentes nos colaboradores, trazidas pela insegurança de um momento nunca vivido, que ocasionou grandes transformações para a assistência à saúde. Estes impactos foram inevitáveis, no entanto, demonstram necessitam de acompanhamento e estratégias para minimização destes efeitos à longo prazo, principalmente nos profissionais da saúde diretamente ligados à assistência, como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, dentre outros. Estas ações visam a minimização dos danos à estes profissionais mas também a mitigação do risco de eventos adversos pelo aprimoramento das condições de trabalho; além de tornar possível a construção da capacidade do desenvolvimento profissional e aprendizado organizacional^(13, 16).

Cada um dos membros desta equipe é responsável pela missão das organizações e serviços de saúde; repensada para o momento de retomada dos serviços. Assim, o aumento da satisfação no trabalho entre médicos, enfermeiros e outros profissionais, é responsabilidade da organização para que esta possa atingir seus próprios objetivos.

Cabe lembrar que um modelo voltado à qualidade e segurança do paciente é necessário não apenas para a garantia de uma assistência segura, mas também para a sustentabilidade do negócio. Neste sentido, o uso eficiente e efetivo de recursos nos serviços de saúde, bem como a diminuição de custos, com identificação de áreas para busca de recursos adicionais e formas de negociação para as organizações de saúde são estratégias fundamentais⁹, principalmente em momentos de crise.

CONCLUSÃO

Os dados quantitativos aqui estudados, demonstram grandes benefícios do programa de acreditação no desenvolvimento das instituições para o alcance de altos níveis de qualidade e gestão. Notam-se assim, que todas as ações realizadas antes da pandemia e a preparação das instituições de forma sólida trazem um melhor enfrentamento para as crises.

Instituições que demonstrem maior maturidade nos processos de qualidade e segurança, com uma governança bem preparada, que reúna ideias de todos os envolvidos, fazendo-os sentir-se parte do negócio e tenham o entendimento do contexto em torno de um imprevisto, aprendendo com isso, teriam melhores resultados no enfrentamento da pandemia.

Se faz necessário assim, acompanhar as instituições para determinar quais impactos à longo prazo e a maturidade institucional para o enfrentamento e estabelecimento de estratégias para retomada do negócio e estabelecimento de novas oportunidades.

Considera-se que os benefícios da acreditação hospitalar, estão relacionados a maior segurança assistencial, melhores práticas profissionais, ambiente de trabalho mais seguro, que favoreça a excelência na gestão, a interdisciplinaridade, o cuidado centrado e integrado.

A evolução da pandemia, trouxe a percepção que é importante refletir sobre o todo, e que é preciso agir de forma estratégica, sustentável e transformadora. O olhar passa a estar voltado para todas as partes interessadas, a capacidade de adaptação com base nos aprendizados, novas realidades e tendências dos cenários se faz necessário, buscando resultados econômicos, sociais e ambientais, de forma equilibrada.

REFERÊNCIAS

1. Feldman, L. B., Gatto, M. A. F., & Cunha, I. C. K. O. (2005). História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. *Revista Acta Paulista de Enfermagem*, 18(2), 213-219.
2. World Health Organization. The world health report 2004: changing history. Geneva: WHO; 2004.
3. Rodrigues MV; Carâp LJ; El-Warrak LO; Rezende TB. Qualidade e Acreditação em saúde. 2011, Rio de Janeiro, Editora: FGV. Fundação Getúlio Vargas.
4. NHS England and NHS Improvement. Deploying the healthcare science workforce to support the NHS clinical delivery plan for COVID-19. 7 April 2018, Version 2.
5. Northern Devon Healthcare NHS Trust. Influenza Pandemic Plan, Part 1: The Strategic Approach to Pandemic Influenza, Influenza Pandemic Plan (V2.0 August 2015). A Northern Devon Healthcare NHS Trust plan for managing cases of Influenza Pandemic.
6. Oliveira, J. L. C.; Matsuda, L. M. Benefits and difficulties in the implementation of hospital accreditation: The voice of quality managers. *Esc Anna Nery* 2016;20(1):63-69.
7. Weverson Soares Santos, Gabriela Gonçalves Silveira Fiates, Rudimar Antunes da Rocha - QUALIDADE DE SERVIÇOS HOSPITALARES SOB A PERSPECTIVA DOS PROCESSOS DE ACREDITAÇÃO - RAHIS, Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde Vol. 16, n1 • Belo Horizonte, MG • JAN/MAR 2019 DOI: <https://doi.org/10.21450/rahis.v16i1.5670>, p. 82 - 97.
8. Davis L: Fellowship of Surgeons: A History of the American College of Surgeons. Chicago, American College of Surgeons, 1973
9. Nicklin, W. (2014). The Value and Impact of Health Care Accreditation: A Literature Review| 1.
10. Desveaux, L., Mitchell, J. I., Shaw, J., & Ivers, N. M. (2017). Understanding the impact of accreditation on quality in healthcare: a grounded theory approach. *International Journal for Quality in Health Care*, 29(7), 941-947.
11. Mitchell, J. I., Nicklin, W., & Macdonald, B. (2014). The accreditation Canada program: a complementary tool to promote accountability in Canadian healthcare. *Healthcare Policy*, 10(SP), 150.
12. Quality and Accreditation in Health Services: A Global Review, 2003 Geneva:WHO/ISQua. http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO_EIP_OSD_2003.1.pdf
13. Greenfield, D., & Braithwaite, J. (2008). Health sector accreditation research: a systematic review. *International journal for quality in health care*, 20(3), 172-183.
14. Shaw, C. D., Braithwaite, J., Moldovan, M., Nicklin, W., Grgic, I., Fortune, T., & Whittaker, S. (2013). Profiling health-care accreditation organizations: an international survey. *International Journal for Quality in Health Care*, 25(3), 222-231.
15. Nandraj, S., Khot, A., Menon, S., & Brugha, R. (2001). A stakeholder approach towards hospital accreditation in India. *Health Policy and Planning*, 16(suppl_2), 70-79.
16. Greenfield, D., Kellner, A., Townsend, K., Wilkinson, A., & Lawrence, S. A. (2014). Health service accreditation reinforces a mindset of high-performance human resource management: lessons from an Australian study. *International Journal for Quality in Health Care*, 26(4), 372-377.
17. White, H. (2009). Theory-based impact evaluation: principles and practice. *Journal of development effectiveness*, 1(3), 271-284.
18. Rogers, P. J. (2009). Matching impact evaluation design to the nature of the intervention and the purpose of the evaluation. *Journal of development effectiveness*, 1(3), 217-226.
19. Rogers, P. J., & Weiss, C. H. (2007). Theory-based evaluation: Reflections ten years on: Theory-based evaluation: Past, present, and future. *New directions for evaluation*, 2007(114), 63-81.

Análise da maturidade digital das instituições de saúde brasileiras

Geovana Magalhães Ferecini Tomasella, Mara Márcia Machado, Bruno Cavalcanti Farrás, Ariadine Cristina Rodrigues de Oliveira, Michel Matos de Barros, Lucianna Reis Novaes

Resumo

Esta pesquisa trata do desenvolvimento de um método de análise da maturidade digital das instituições de saúde brasileiras no decorrer da pandemia de COVID-19. Foram analisados a implementação de ferramentas digitais em 84 instituições por meio de uma matriz, onde observaram-se a maturidade das estratégias implementadas no negócio, considerando suas implicações em dimensões como homem, máquina, material, método e sustentabilidade financeira.

Palavras-chave: Saúde digital.

INTRODUÇÃO

Os conceitos de saúde digital, telessaúde, assim como o da telemedicina ganharam ressignificados a medida que foram expandindo no contexto mundial, considerando sua aplicação e cenário no qual está inserido. De acordo com a OMS, telessaúde é considerada qualquer oferta de serviço de saúde quando a distância é um fator crítico¹⁻⁴.

As ferramentas de saúde digital no período da pandemia tiveram um aumento expressivo em sua utilização, aproximando os profissionais de saúde dos pacientes, extrapolando as fronteiras geográficas⁴.

A flexibilidade na regulamentação para a aplicação destas ferramentas durante a pandemia foi uma medida aplicada por países como China e EUA e seguida por outros diferentes países, como Itália, Canadá, Reino Unido e Brasil para a adequação às necessidades iminentes da população. Estas medidas, adotadas em caráter de emergência em saúde pública, permitiram uma ampla aplicação de recursos interativos de áudio e vídeo para o acesso à profissionais de saúde, principalmente médicos, de sua própria residência⁴.

Apesar de todas estas mudanças realizadas para a implementação das tecnologias virtuais em saúde e a agilidade destas alterações, não é incomum a atenção digital sendo realizada sem a utilização de sistemas devidamente preparados para a realização em larga escala e de forma insegura. Estas medidas, implantadas em decorrência de necessidades iminentes e de alteração das medidas regulatórias, tem como consequência, o risco para a diminuição da qualidade do atendimento clínico. A relação entre o risco da contaminação e o benefício da sua abrangência tornou a burocracia pouco relevante ao contexto⁴.

Dentre os principais desafios da telemedicina no mundo está a interoperabilidade de dados, responsável pela maior confiabilidade das informações, permitindo a construção de um cuidado mais integrado e

protegido com relação ao acesso oportuno de informação, além de uma ampla acessibilidade³.

Diferentes estudos tem demonstrado resultados positivos pelo uso das ferramentas digitais na saúde, para diferentes especialidades bem como complexidades. São descritos seu uso para fornecimento de serviços, incluindo educação, treinamento e consultas por videoconferências especializadas. A integração destas ferramentas entre as diferentes complexidades pode auxiliar pacientes e também a reformulação de políticas em saúde, com maior compreensão das necessidades em saúde²⁻¹². Em países em desenvolvimento, o uso desta tecnologia tem fundamental importância pela amplitude em seu uso, permitindo a assistência em locais longínquos e aprimoramento do conhecimento em saúde, principalmente na vigência da pandemia.

No Brasil assim como em outros países, a telemedicina tem sido utilizada para otimizar o atendimento em saúde no curso da pandemia, favorecendo a capacidade de resposta do sistema de saúde^{11, 12, 13}. Neste sentido, cabe-nos identificar a situação atual das implantações, visando o aprimoramento e a busca pela potencialização dos resultados.

OBJETIVO

Analisar os impactos da pandemia em Instituições brasileiras de saúde, comparando os resultados entre instituições acreditadas ou não, por um modelo internacional.

MÉTODO

Foram acompanhadas instituições certificadas e em processo de certificação Qmentum, durante os meses de março a junho, totalizando 261 instituições. A coleta de dados foi realizada por meio de contato telefônico, realizados por oito avaliadores do sistema de acreditação, sendo mais de 600 telefonemas e 22 vídeo conferências. Todos os contatos nas instituições foram

realizados com profissionais da área de Qualidade, Recursos Humanos, Serviço de Controle de Infecção Hospitalar e Diretoria Administrativa e Técnica. Para todas as ligações foram registrados os dados em formulário próprio da instituição, pelo Sistema Smartsheet®.

Para as instituições onde havia o relato do uso de uma solução digital, foi realizada, com base em uma entrevista semi-estruturada, a avaliação da maturidade da implantação destas soluções, entendendo o uso de recursos para sua implantação, bem como capital humano, interoperabilidade de dados, além de sistemas de gestão.

A escala de maturidade foi traduzida e adaptada do modelo TMSMM, que foi desenvolvida com base em um modelo de gestão de projetos e gestão de inovação. Os níveis genéricos são descritos abaixo:

- **Nível 1:** O serviço é imprevisível, experimental e mal controlado.
- **Nível 2:** Gerenciado - O serviço é caracterizado por projetos e é gerenciável.
- **Nível 3:** Padrão - O serviço é definido/confirmado como um processo de negócios padrão.
- **Nível 4:** Gerenciado quantitativamente - O serviço é medido quantitativamente e controlado.

- **Nível 5:** Otimização - Foco deliberado na melhoria contínua.

OTMSMM foi desenvolvido seguindo um processo interativo envolvendo praticantes de telemedicina de cinco diferentes departamentos de saúde provinciais sul-africanos (DoH). Com 234 pontos de telemedicina cada interação, um grupo interfuncional foi envolvido no formato de workshop. Modelos de maturidade de autoavaliação, como o TMSMM, mostraram-se particularmente eficazes com grupos interfuncionais e interdisciplinares. Este modelo de maturidade descritiva pode ser usado como base para o desenvolvimento de um modelo de maturidade prescritiva e eventualmente comparativa para o qual se aplicam os seguintes princípios de *design*¹⁵.

A matriz, de acordo com o Quadro um, possui pontuação de um a cinco, para todas as dimensões. A pontuação foi realizada por duas avaliadoras treinadas, que analisaram as respostas dos avaliadores, e, de acordo com as evidências nos relatos, realizaram a pontuação, por meio de dupla checagem na amostra. Para instituições na qual não houve concordância da pontuação entre as avaliadoras, foram solicitadas novas ligações às instituições, para busca de maior refinamento dos dados obtidos.

Tabela 1: Modelo de avaliação de maturidade dos serviços de saúde digital: 5 Ms (Homem, máquina, material, método e financeiro)

ANÁLISE	DESCRIÇÃO	1	2	3	4	5
HMMM (5 M's)	Pontuação de acordo com a maturidade da implantação da Saúde Digital	Cumpra a finalidade a que se destina (a solução é imprevisível, experimental e mal controlada)	A solução é gerenciável e caracterizada por projetos. Pode referir-se à implantação de um piloto	Há padrões definidos para a utilização da solução, com fins comerciais. Não é a reprodução do piloto em grande escala, mas a definição de requisitos básicos para sua aplicação	Há o gerenciamento quantitativo da solução implantada	Há a otimização do uso da solução com foco na melhoria contínua

continua...

Tabela 1: Continuação

ANÁLISE	DESCRIÇÃO	1	2	3	4	5
Homem	Refere-se aos usuários da saúde digital e profissionais da saúde	Não há clara definição de quais usuários ou profissionais que farão parte desta solução. O uso por profissionais ainda é experimental, como possibilidade à ser implantada na organização. Não há habilidades dos profissionais desenvolvidas para trabalhar com a tecnologia	O profissional tem experiência para trabalhar com a solução, apresentando habilidades necessárias para suas atribuições. Há um responsável técnico destinado para sua implantação	Há padronização nas ações das equipes no uso da solução, por meio do treinamento. Há clareza na determinação do que é esperado dos profissionais no uso da tecnologia	Há o monitoramento das ações desempenhadas pelos profissionais. Além da realização de treinamentos, observa-se a adequação do número de profissionais às tarefas desempenhadas	Há análise da performance dos profissionais para a melhoria dos processos; por meio da sistematização de programas de treinamento e desenvolvimento aos profissionais que utilizam a ferramenta para aprimoramento do método
Máquina	Se refere ao instrumento utilizado para a transferência de dados, podendo se tratar do uso de um telefone ou até mesmo o de aplicativos ou plataformas	O dispositivo utilizado foi implantado a nível experimental. É um protótipo sem definições claras para seus requisitos	É um piloto, com a finalidade de identificar se o dispositivo utilizado é seguro e efetivo. Pode ser reproduzido para um número maior de usuários ou profissionais	Há interoperabilidade do dispositivo, integrando-se aos recursos pré-existentes no serviço. Há padrões claros para seu uso definidos antes da sua ampla utilização. O instrumento utilizado permite o armazenamento e a transferência dos dados, repetidamente e de forma eficaz	O dispositivo atende a todas as especificações das leis e regulamentos. Há confiabilidade nas medições para o instrumento utilizado, por meio de auditorias de processo	Há manutenção e atualização frequente de hardware e softwares, quando aplicável. Há auditorias contínuas de processo para determinar a disponibilidade e confiabilidade do dispositivo; que são utilizadas para a melhoria do uso da solução
Material	Sintetiza a interoperabilidade dos dados e protocolos institucionais para estruturar os dados e a maneira com que o processamento da informação é realizado	Protocolos de segurança não considerados. Não há a manutenção de registros das soluções utilizadas ou qualquer integração com os sistemas já em uso	Protocolos de segurança das informações são considerados mas não gerenciados. Os dados gerados pelo uso da ferramenta são armazenados, porém, não há a atenção no formato que estes dados possuem para seu armazenamento. Dois ou mais sistemas são utilizados para operacionalizar o uso da solução digital. São capazes de se comunicar, permitindo a transferência de dados. Por exemplo, o uso conjunto de plataformas de vídeo e o uso de prontuários eletrônicos	Há reporte de informações para possibilitar o gerenciamento dos dados. Além da capacidade de dois ou mais sistemas de computadores de trocar informações, há a capacidade de interpretação das informações de forma automática, com o objetivo de produzir resultados úteis aos usuários finais. Por exemplo, há o retorno de mensagens diretas aos usuários, por meio de alertas ou sinalizações aos profissionais	Há a implantação de uma inteligência ao negócio (Business Intelligence - BI), que reúne o armazenamento e o acesso aos dados dos usuários, favorecendo uma análise do negócio.	A utilização da inteligência ao negócio tem como foco o aprimoramento de métodos estatísticos para desenvolver uma compreensão de desempenho do negócio e fornecer um ciclo de feedback para a melhoria contínua

continua...

Tabela 1: Continuação

ANÁLISE	DESCRIÇÃO	1	2	3	4	5
Método (Gerenciamento para a mudança)	Traduz-se na forma com que a instituição enxerga o uso da ferramenta, tornando-a um processo fundamental para a inovação e transformação do negócio	Não há gestão do processo ou a mesma é indefinida	É um protótipo ou piloto cuja aplicação ainda não é gerenciada. É apontado como uma solução possível ao negócio	Há um compromisso institucional com a sustentabilidade do uso do método. Há implantação de um Comitê Executivo para avaliar e acompanhar as mudanças. Prevê-se um orçamento próprio para sua manutenção e discussões sobre o design da organização para comportar as implantações do uso da solução digital	O desempenho da implantação é medido por meio de indicadores de eficácia. Há a avaliação contínua do uso do método para torná-lo mais sustentável	Existem processos claros para garantir a melhoria contínua por meio de indicadores de desempenho do uso da ferramenta. Há a efetividade do uso do método e sua disponibilidade traz impactos para a sociedade
Sustentabilidade financeira (domínio monetário)	Refere-se a avaliação do retorno financeiro do uso das novas tecnologias e o investimento da instituição para a sua aplicação no contexto da saúde	A solução ainda é um projeto de pesquisa ou um piloto, com foco na sua viabilidade técnica	Há a previsão de custos para a implantação, por meio do seu financiamento pela organização; ou depende de doações para o seu desenvolvimento	O serviço de saúde digital é financeiramente auto-sustentável, sem financiamentos externos	Há medidas para entender o retorno financeiro da solução utilizada, porém, não há um método específico para esta mensuração	Há não apenas a sustentabilidade financeira do uso do método, mas também o reinvestimento para suas melhorias
NÍVEIS DE IMPLANTAÇÃO		MICRO		MESO		MACRO

Foram observadas as médias, medianas e desvios padrões, para todas as soluções digitais avaliadas de acordo com o método estruturado.

RESULTADOS

Caracterização da amostra

Do total de 421 instituições acompanhadas, 241 (57,2%) destas eram ambulatoriais, clínicas especializadas ou laboratórios; e as demais (180), tratava-se de hospitais. Com relação a esfera administrativa, 361 instituições (85,7%) tratava-se de instituições privadas

e as demais (60) com atendimentos exclusivamente públicos do Sistema Único de Saúde brasileiro.

Do total de instituições analisadas, apenas 84 destas relataram o uso de algum tipo de solução digital, o que totaliza 23,27%. Quanto à esfera administrativa destas instituições que possuíam algum tipo de solução, observou-se que a esfera administrativa que predominou foi a privada, totalizando 67 instituições, representando 79,26%.

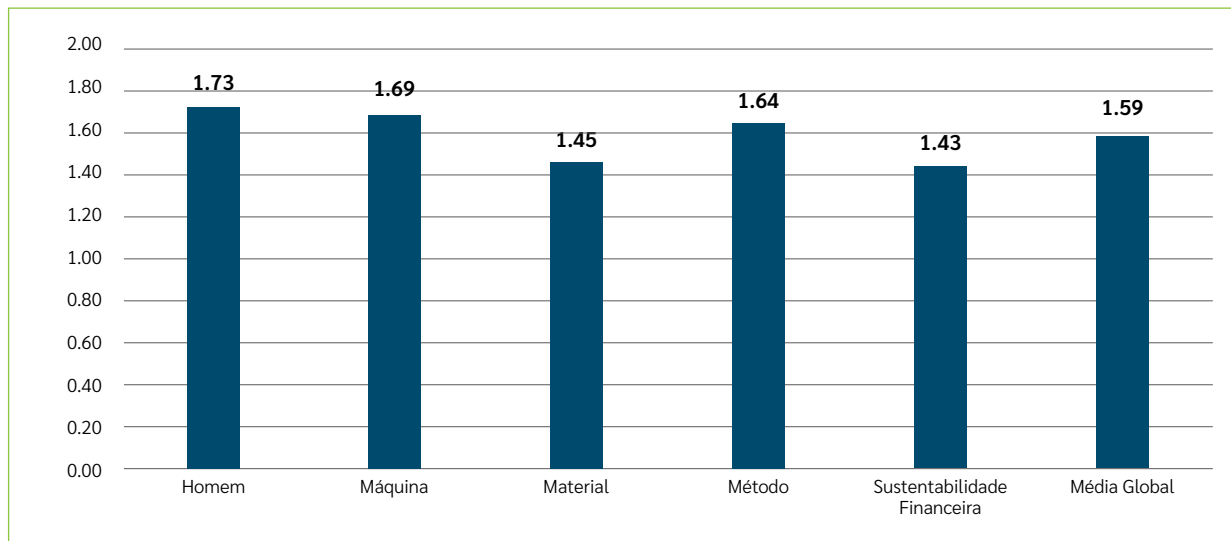
Quanto à região brasileira, observamos a maior concentração da utilização destas soluções no Estado de São Paulo, com 38 instituições, representando 45,23% do total de instituições que possuíam estas inovações.

Avaliação da Maturidade de Saúde Digital

De acordo com o gráfico abaixo, observam-se para todas as dimensões avaliadas médias menores que 2,0, o que se traduz em um nível de maturidade

inicial, ainda relativas à projetos pilotos nas instituições avaliadas. As dimensões melhores avaliadas foram relativas à Homem e Máquina, e as piores, relativas à Sustentabilidade Financeira, além de Material.

Gráfico 1: Médias da maturidade das instituições avaliadas conforme dimensões.



O desvio-padrão entre as dimensões avaliadas foi de 0,54 à 0,85, referente à Sustentabilidade financeira e a dimensão Homem, respectivamente.

Apesar destas soluções estarem liberadas para uso no país desde o início da pandemia, observam-se a implantação de protótipos com baixo foco na sustentabilidade financeira. O seu uso ainda teve como principal objetivo o estabelecimento de uma aproximação com pacientes com sinais e sintomas de COVID-19, com baixo nível de gestão sobre as informações sobre usuários ou análise de sua aplicabilidade junto aos usuários.

DISCUSSÃO

Uma revisão sistemática de literatura de 2010 já tratava sobre a necessidade de se estudar as opiniões e

interesses dos pacientes, os efeitos sociais, os controles de qualidade e os efeitos organizacionais mais amplos das soluções digitais⁵.

Outro ponto relevante para estas implantações é o aprimoramento da força de trabalho, com o desenvolvimento de habilidades para esta tendência emergente à medida que o digital se torna cada vez mais onipresente na vida profissional dos profissionais de Saúde.

Cabe uma criteriosa regulamentação e periódica avaliação de qualidade da prática da medicina à distância, respeitando aspectos do contexto, da atitude e científicos e garantindo a criteriosa elegibilidade e mútuo acordo para este tipo de consulta¹⁴.

Novos avanços tecnológicos e serviços habilitados para tecnologia prometem a transformação do setor de Saúde, no entanto, requerem investimento

contínuo na compreensão e constantes aprimoramentos que vão além da cópia de soluções técnicas⁶.

Estudos bem sucedidos destas aplicações incluem a análise de diferentes dimensões, tais como: a liderança e gestão da solução, o engajamento dos usuários, a gestão das informações, envolvimento dos *stakeholders*, bem como o uso de recursos e análise de responsabilidades⁶.

Os principais problemas descritos para a implantação estão relacionados à falta de envolvimento de uma liderança presente e com foco em resultados, não apenas em custos, baseada em informações úteis e atualizadas para a tomada de decisão. O engajamento dos usuários também deve ser considerado desde o início do projeto, garantindo que as ferramentas e processos definidos atendam as necessidades dos usuários, pode ser permitido um *design* usual.

Os projetos com foco em uma mudança digital devem incluir cronogramas reais, baseados em atividades bem definidas bem como seus responsáveis, que possuam habilidades necessárias para o emprego adequado de recursos e evolução do projeto. É necessário ter atenção à todo o ecossistema em saúde, visando a inclusão das novas tecnologias às estratégias do negócio.

Estratégias amplas de avaliação do uso destas ferramentas devem ser adotadas, principalmente à nível governamental, incluindo indicadores de eficácia, aprovação em órgãos regulamentadores, a garantia da segurança clínica, privacidade e confidencialidade dos usuários, segurança, usabilidade e acessibilidade, interoperabilidade, estabilidade técnica e gestão de mudanças⁷⁻⁹.

CONCLUSÃO

A transformação digital, representada entre outros recursos, pelas redes de comunicação, inteligência

artificial, realidade aumentada e virtual, internet das coisas, blockchain e robótica, recursos que tendem a oferecer grande eficiência e alterar profundamente os relacionamentos em saúde.

Neste sentido, envolver estas novas tecnologias aos processos antigos, sem a revisão abrangente de políticas, processos e serviços trazem ações pouco usuais ou estratégias pouco adaptadas às necessidades usuais do novo mundo digital em movimento.

É essencial o envolvimento dos profissionais e instituições afim de guiar os usuários para a melhor tomada de decisão e melhor uso das tecnologias digitais de saúde. Não é mais um cuidado centrado na figura do médico como único profissional responsável, mas depende da colaboração, empatia e tomada de decisão compartilhada. O relacionamento entre as partes interessadas é essencial no resultado obtido. Estas mudanças colocam os usuários no centro de seus cuidados, como partes essenciais a serem avaliadas para a garantia de bons resultados destas aplicações.

Assim, passa a ser imprescindível a discussão da formação moderna dos profissionais da saúde, que devem incluir o ensino de habilidades para o trabalho com tecnologias. Além da formação acadêmica, o preparo das organizações para as inovações devem incluir nos programas de capacitação e treinamento, temas relativos ao uso destas tecnologias.

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

REFERÊNCIAS

1. JJordanova M, Lievens F, Wladzimirsky A. A Century of Telemedicine: Curatio Sine Distantia et Tempora. A World Wide Overview – Part III. 2019. ISBN 978-619-90601-4-8.
2. Alonso SG, et al. A systematic review of techniques and sources of big data in the healthcare sector. *Journal of medical systems*, 2020; v. 41, n. 11, p. 183.
3. Townsend BA, Scott RE, Mars M. The development of ethical guidelines for telemedicine in South Africa. *S Afr J Bioethics Law* 2019; 12 (1): 19-26. <https://doi.org/10.7196/SAJBL.2019.v12i1.662>
4. Larkin, M. Telemedicine finds its place in the real world. *The Lancet*, 1997; 350(9078), 646.
5. Brasil. Presidência da República. Lei no. 13.989, de 15 de abril de 2020, Artigos 1 e 2. *Diário Oficial da União*. 16 de abril de 2020;73(1):1.
6. Brasil. Presidência da República. Secretaria Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Mensagem no. 191, de 15 de abril de 2020. *Diário Oficial da União*. 16 de abril de 2020;73(6).
7. Jennett PA, Hall LA, Hailey D, Ohinmaa A, Anderson C, Thomas R, et al. The socio-economic impact of telehealth: a systematic review. *Journal of telemedicine and telecare*, 2003; 9(6), 311-320.
8. Deloitte (2018). 2018 Global health care outlook: The evolution of smart health care. Accessed from: <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/global/Documents/Life-SciencesHealth-Care/gx-lshc-hc-outlook-2018.pdf>
9. Digital health and care institute (2018). Report on international practice on digital apps. Accessed from: <https://sctt.org.uk/wp-content/uploads/2018/05/Report-on-International-Practice-on-Digital-Apps-FINAL-2-1.pdf>.
10. Nesta (2017). The Future of Skills: Employment in 2030. Accessed from: <https://www.nesta.org.uk/report/the-future-of-skills-employment-in-2030/>
11. Meskó B., Drobni Z., Bényei É., Gergely B, Gyórfy Z. (2017). Digital health is a cultural transformation of traditional healthcare. *Mhealth*, 3.
12. Jayaraman, PP, Forkan, ARM, Morshed A, Haghighi PD, Kang YB. Healthcare 4.0: A review of frontiers in digital health. *Wiley Interdisciplinary Reviews: Data Mining and Knowledge Discovery*, 2020; 10(2), e1350.
13. Garcia, MVF, Garcia MAF. Telemedicina, segurança jurídica e COVID-19: onde estamos?. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 2020; 46(4), e20200363-e20200363.
14. Kobusinge, G. Managing as Designing: Transforming Digital Healthcare Interoperability (2020). *AMCIS 2020 Proceedings*. 2.
15. Avan DL, Schutte CS. The telemedicine service maturity model: A framework for the measurement and improvement of telemedicine services. *InTech*, Rijeka, Croatia 2013; 217-238.

Acreditação Internacional como estratégia de implementação de boas práticas na Atenção Primária: um relato de experiência

Marcela de Oliveira Santos¹, Leonardo de Paula Almeida², Cleia Vilela Girardi³,
Marcelo Gobbo Jr.^{4*}, Edmundo de Carvalho Mauad⁵

Resumo

Este trabalho trata-se de um relato de experiência acerca do processo de acreditação pela metodologia *Qmentum* ao longo dos anos de 2018 a 2020 Barretos São Paulo, Brasil no cenário de Atenção Primária a Saúde. Confrontou-se etapas desse processo com estratégias de implementação descritas pela literatura e exemplificou-se a sua utilização com a apresentação dos resultados e geração de valor, enfatizando a adaptabilidade para crises como a situação de pandemia atual. Entre 2017 e 2019 houve um crescimento 183% em relação ao total de atendimentos realizados partindo de 991.968 atendimentos e chegando à 2.804.563. O processo de acreditação contribuiu com utilização de 17 estratégias de implementação identificadas ►

¹ Enfermeira Coordenadora da Atenção Primária do Hospital de Amor, Barretos, SP, Brasil

² Diretor Médico da Atenção Primária do Hospital de Amor, Barretos, SP, Brasil

³ Enfermeira da Atenção Primária do Hospital de Amor, Barretos, SP, Brasil

⁴ Médico Assistente do Hospital de Amor, Barretos, SP, Brasil

⁵ Diretor Técnico do Hospital de Amor, Ambulatório Médico de Especialidades e Atenção Primária do Hospital de Amor, Barretos, SP, Brasil

*Autor para correspondência: Marcelo Gobbo Jr., Hospital de Amor, Barretos, SP, Brasil, marcelogobbo@gmail.com.

na literatura como de alto impacto. O processo de acreditação permitiu a criação de um comitê de crise que foi capaz de manter o crescimento e criar estratégias de manutenção dos resultados alcançados, mesmo antes de obter-se a conquista de certificação. Verificou-se que a metodologia *Qmentum* possui elementos estratégicos para implementação de boas práticas em saúde, conforme descrito na literatura. Além disso, verificou-se que o processo de acreditação foi capaz não só de gerar valor através de boas práticas, mas também de manter os resultados conquistados ainda que haja mudanças de contexto e necessidade de reestruturação, como aqueles gerados pela situação de pandemia.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Ciência da implementação; Acreditação.

INTRODUÇÃO

O processo de implementação de tecnologias em saúde é modulado por inúmeros fatores que fazem com que a geração da tecnologia e a sua implementação como prática de serviço gere um atraso ou gap temporal de aproximadamente duas décadas^{1,2}. As tecnologias em saúde podem ser leves, ultra leves ou duras, variando conforme a necessidade de processos e dependência de recursos materiais ou humanos^{3,4}.

Boas práticas em saúde podem ser entendidas como maneiras de utilização das tecnologias, de modo a permitir a geração de valor em suas diversas perspectivas⁵. No campo de atuação da saúde, práticas em saúde baseadas em valor levam em conta a segurança do paciente, desfechos clínicos, custo-efetividade de medidas e principalmente desfechos reportados pelo paciente^{6,7,8}.

A ciência da implementação é um campo de conhecimento interdisciplinar com interseções entre a saúde pública, economia, estatística e ciências do comportamento^{1,2}. A sua utilização diminui a distância temporal entre a criação de novas tecnologias e a sua entrega ao cliente final. De modo semelhante, a sua utilização reduz o tempo para geração e entrega de valor para o cliente^{1,9}.

MÉTODO

Esse artigo trata-se de um relato de experiência do processo de acreditação pela metodologia *Qmentum IQG International* (IQG)¹⁰ em um cenário de atenção primária no município de Barretos, São Paulo, Brasil ao longo dos anos de 2018 a 2020. Além disso, comparam-se elementos do processo de acreditação com estratégias de implementação descritos na literatura identificando similaridades entre as estratégias de implementação configuradas como de alta relevância e impacto e as etapas do processo de acreditação.

Este relato propõe ainda o processo de acreditação pela metodologia *Qmentum IQG International* (IQG)¹⁰ como um conjunto de estratégias de implementação de boas práticas em cenários de atenção primária e geração de valor, com ênfase em sua característica de adaptabilidade avaliada através da manutenção de resultados e valor durante um processo de reestruturação conjuntural às custas da pandemia de COVID-19 e seu impacto no cenário de saúde no Brasil.

MÉTODO

Cenário

A cidade de Barretos é um município do interior do estado de São Paulo, interior de Brasil. O estado de

São Paulo possui o maior número de habitantes do país, bem como a maior renda *per capita*, atuando como capital econômica do país. Com porte médio, Barretos possui uma população de 122.098 habitantes¹¹. O município pertence a 5ª regional de saúde do Estado e possui sua gestão municipal de saúde dividida entre a gestão pública e privada, por meio de uma Organização Social de Saúde (OSS).

Como estratégia de gestão o município utiliza o Programa Estratégia de Saúde da Família (ESF) contendo 17 equipes de ESF ao todo, com uma cobertura de aproximadamente 60% da população residente no município. Sob gestão do Hospital de Amor (HA) o município conta com 5 unidades básicas de saúde da família (UBSF), o que representa uma cobertura de território de aproximadamente um terço da área urbana do município e 29,71% da população urbana residente. As UBSF abrigam 7 equipes de ESF, que contam com uma equipe mínima de enfermagem (enfermeiro gerente, enfermeiro assistencial e técnico de enfermagem), médicos (preceptor e residentes), odontologia (dentista e auxiliar de consultório dentário), auxiliares de hotelaria e administrativos, farmacêutico e aproximadamente 7 agentes comunitários de saúde.

O HA por sua vez, é uma instituição filantrópica com expertise consolidada no campo do tratamento oncológico. Após a transição da marca no ano de 2017, o antigo Hospital de Câncer de Barretos, agora HA, realizou 1.047.440 atendimentos prestados a 224.883 pacientes vindos de 2.335 municípios de todos os estados do país no ano de 2019. Como construtoras desse resultado, com 5680 colaboradores em todas as unidades do Brasil, a instituição é composta por 75% de mulheres, enquanto a média nacional para área da saúde é 70%^{12,13}. De mesmo modo, 30% dos

cargos de gestão e altos salários são femininos, enquanto a média nacional é de 18%.^{14,15} Finalmente, em 2018 a instituição passou a liderar o ranking Scimago Institutions Rankings (SIR)¹⁶ entre todos os centros de saúde (públicos e privados) da América Latina sendo avaliada considerando sua atuação sobre: pesquisa, inovação e impacto social nos últimos 5 anos. Dessa maneira, atualmente mantém-se nas primeiras posições em 2020, ainda que a transição de marca tenha dificultado a atualização das métricas de impacto social.

Nesse contexto, em 2017 a instituição em expansão de sua atuação para cenários não oncológicos, assume parte da gestão da APS no município de Barretos. O processo de certificação e acreditação pela metodologia *QMentum IQG* iniciado em 2018 é a estratégia adotada para garantir a qualidade de boas práticas consolidadas em outros cenários também para a Atenção Primária.

A metodologia QMentum IQG

A metodologia *QMentum* adota a implementação de práticas que envolvem atenção a macroproblemas, com atores chave cujas atribuições são delimitadas, e uma rotina de práticas que garantem a sua manutenção maneira sustentável a permitir melhorias e crescimento a partir de um diagnóstico situacional inicial.

A macroestrutura do planejamento estratégico envolve os espaços de governança, liderança, estrutura assistencial e avaliação de resultados. Dessa forma, esses espaços caminham para um planejamento tático configurando a seguinte estrutura de atribuições a serem desenvolvidas sob a forma de ações:

Tabela 1: Planejamento tático previsto pela metodologia Qmentum Internacional com a identificação de categorias de atores dos processos e suas atribuições esperadas em categorias

CATEGORIAS DE ATORES (STAKEHOLDERS)	ATRIBUIÇÕES ESPERADAS
Governança	Gestão para Integridade
	Desenvolvimento Profissional
Liderança	Coordenação dos Microssistemas Clínicos
Estrutura Assistencial	Plano de Cuidado Centrado no Paciente
	Uso de Medicamentos
	Uso de Tecnologia Médica
Avaliação de Resultados	Sistema de Medição de Valor
	Ação para melhoria de resultados

Com um consultor externo, a metodologia consiste na elaboração de planos próprios para construção de um “modelo de gestão” baseado nessa estrutura estratégica e tática com foco na geração de valor, avaliação de resultados e mentalidade de crescimento.

Um bom modelo ilustrativo do processo é a estruturação de rotina de Práticas Organizacionais Obrigatórias (ROPs) promovida pelo método objetivando em um cenário clínico (aqui demonstrado pela avaliação de segurança do paciente em atenção domiciliar) a aplicação dos princípios básicos desse modelo de gestão:

- 1)** Diagnóstico situacional com avaliação de riscos à segurança do paciente em atendimento domiciliar.
- 2)** Identificação de atores (*stakeholders*) do processo.
- 3)** Construção de plano de ação.
- 4)** Mensuração de valor e resultados.

Nessa ROP em específico (avaliação de segurança do paciente em atenção domiciliar) essa estrutura prática de aplicação dos conceitos de gestão é percebida como presente quando:

- a)** A equipe faz uma avaliação de riscos à segurança no início da prestação de serviços.
- b)** A avaliação de riscos à segurança inclui uma revisão dos seguintes fatores: ambientes físicos internos e externos, riscos químicos, biológicos, de incêndio e de queda, estados de saúde que requerem precauções especiais, fatores de risco do paciente e prontidão

para emergências. **c)** A equipe utiliza as informações da avaliação de riscos para planejar e prestar serviços ao paciente, e divide essas informações com parceiros que possam estar envolvidos no planejamento/tratamento. **d)** A equipe atualiza com regularidade a avaliação de riscos e utiliza as informações para fazer melhorias nos serviços de atendimento. **e)** A equipe informa pacientes e famílias sobre as questões de segurança identificadas na avaliação de risco.

Como desenvolvimento do processo de certificação, um consultor externo auxilia na determinação dos atores de cada macro parte do planejamento estratégico, há realização do diagnóstico situacional e ao longo de ciclos de acompanhamento a implementação do modelo é verificada. Os atores de cada macro parte desenvolvem e executam seu plano de trabalho sob orientação do consultor externo. Ao longo do processo é realizada então uma avaliação simulada e finalmente uma avaliação de certificação com a verificação de aplicação dos processos chave que garantam a gestão pelos princípios da metodologia canadense.

Como estratégia de desenvolvimento do processo todo, o envolvimento de toda a equipe para a incorporação das ROPS e demais etapas do processo, foi o núcleo principal. Dessa forma, todas as etapas foram

realizadas com representatividade de todos os grupos de trabalho desde a equipe de hotelaria e limpeza, equipe técnica de assistência direta ao paciente, equipe administrativa e equipe de governança. Assim, o estabelecimento do processo de acreditação como cultura de qualidade foi estabelecido gerando resultados de alto impacto.

Para hipotetizar a solidez de aplicação dessa metodologia foram confrontados os modelos de trabalho do método *Qmentum* com os descritos no trabalho de Powell e colaboradores¹⁷. Nesse estudo, a equipe investigou as modalidades ou estratégias de implementação agrupadas conforme o maior grau aplicabilidade de impacto na consolidação de implantação das tecnologias em um quadro do tipo *go-non go*. As seguintes estratégias descritas pela equipe foram adotadas no processo estão também contidas na metodologia *Qmentum International*:

A) Utilização de Estratégias Avaliativas e Iterativas

- a.1) Promoção de auditorias e feedbacks;
- a.2) Reavaliação constante do processo de implementação;
- a.3) Desenvolvimento de ferramentas para monitoramento da qualidade;
- a.4) Desenvolvimento de um *blueprint*.

B) Prover uma assistência iterativa

- b.1) Facilitação.

C) Adaptação e customização ao contexto

- c.1) Customização de estratégias;
- c.2) Promover adaptabilidade.

D) Promover interação entre os atores (stakeholders)

- d.1) Identificar e capacitar modelos;
- d.2) Organizar reuniões clínicas de implementação;
- d.3) Identificar formadores de opinião locais;
- d.4) Compartilhar conhecimento local.

E) Treinamento dos atores (stakeholders)

- e.1) Construção de treinamentos;
- e.2) Construir materiais educativos;
- e.3) Distribuir materiais educativos;
- e.4) Treinar treinadores;
- e.5) Promover reuniões de treinamento.

F) Engajar consumidores

- f.1) Envolver pacientes e acompanhantes.

RESULTADOS

Até o momento da publicação deste artigo, o processo de acreditação iniciado em 2018 ainda não foi concluído. Alguns dos resultados alcançados ao longo do processo de acreditação e que podem também ser configurados como boas práticas podem ser visualizados em diversos núcleos. A tabela 2 a seguir ilustra um deles: a produtividade avaliada em número de atendimentos realizados ao longo dos últimos três anos, sendo que em 2017 há o registro anterior ao processo de gestão da área pelo HA, em 2018 e 2019 o processo de gestão pelo HÁ. Ao longo desse período de gestão pelo HA é iniciado e em paralelo o processo de acreditação.

Tabela 2: Número de atendimentos e variação por modalidade clínica ofertada na atenção primária ao longo do triênio 2017-2019

MODALIDADE CLÍNICA	2017	2018		2019	
	N	N	Variação (%)	N	Variação (%)
Atendimento médico	31450	43096	+37,03%	56077	+30%
Atendimento de enfermagem	2683	5203	+93,92%	5012	-4%
Atendimento de odontologia	282	12682	+4397,16%	16636	+31%
Atendimento de farmácia	957553	1771114	+84,96%	2726838	+54%

Dessa forma, entre 2017 e 2019 houve um crescimento 183% em relação ao total de atendimentos realizados nos cenários de atenção primária partindo de 991.968 atendimentos e chegando à 2.804.563 atendimentos.

Além disso, em relação ao ano de 2020, durante a pandemia do novo coronavírus a reconfiguração da conjuntura nacional e internacional modificou o cenário de atendimentos e cuidados à saúde na atenção primária. Um dos pilares e atribuições ligados ao desenvolvimento profissional e uso de tecnologia médica previstos no processo de acreditação, conforme já demonstrado na tabela 1, é provocado a se reestruturar e adaptar com o momento pandêmico. Como bem descrito por Powell, essa adaptabilidade é uma das medidas de maior impacto e maior relevância para garantir um processo de implementação de boas práticas. Para isso, a célula de crise, prevista e idealizada pela metodologia *Qmentum Internacional* foi fundamental.

A partir do comitê, orientado pela metodologia de acreditação, se identificou os maiores problemas a serem superados. Para se solucionar os problemas identificados adotou-se uma estruturação de ciclo de melhorias, também previsto na metodologia

Qmentum. Como principais ações identificadas pelo comitê de crises, o uso de tecnologias para exercício de prática clínica foi a principal ação para garantir os atendimentos, contudo ações baseadas em medidas comportamentais como a implementação das ROPs para consolidação da cultura de segurança foram essenciais para garantir outras etapas do processo de implementação e explicar os resultados alcançados.

O comitê de crises é um exemplo concreto que se relaciona aos processos de trabalho citados pela equipe liderada por Powell¹⁷. Seguindo esse critério, conforme citado aqui, os principais itens com que o comitê se relaciona são: a.1, a.2, a.3, a.4, b.1, c.1, c.2, d.2, d.3, d.4.

Nesse contexto foi estruturado o processo de teleatendimento e telemonitoramento de pacientes com COVID-19 e também à pacientes crônicos (b.1, c.1) conforme contido na figura 1. O atendimento domiciliar também foi reforçado (c.1, c.2, d.4 e f.1) e a equipe movida pelos princípios de gestão ligados à metodologia *Qmentum* conseguiu redesenhar sua forma de trabalho repensando como aplicar suas ROPs (b.1, c.1, c.2).

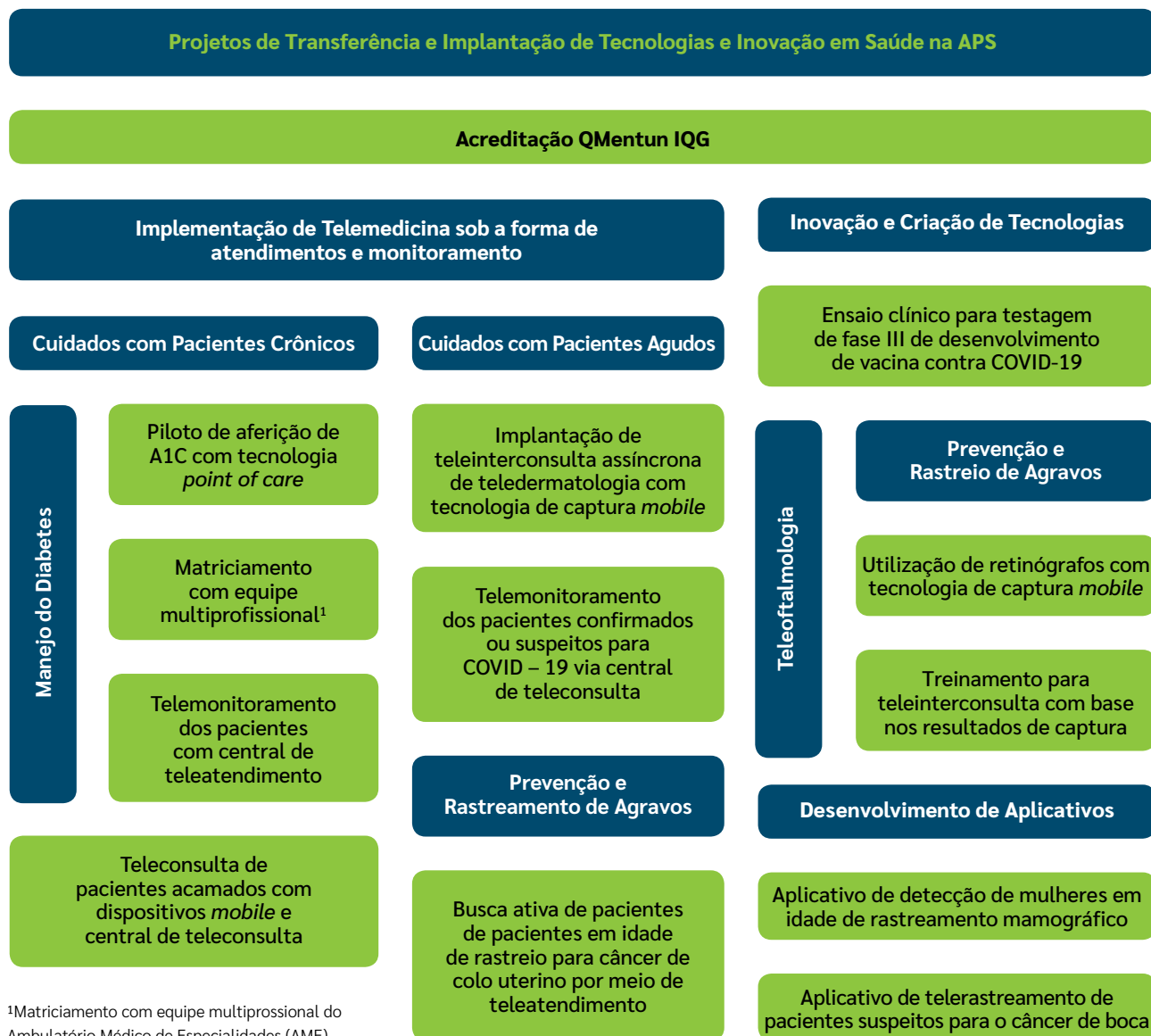


Figura 1: Planejamento tático para desenvolvimento e implementação do uso de tecnologia para manutenção dos atendimentos clínicos durante situações de crise oriundos do momento de pandemia desenvolvidos ao longo do processo de acreditação com metodologia *Qmentum* Internacional através de ações como a criação do comitê de crise

Como resultado do processo de acreditação, o manejo de situações de crise, com a criação do comitê de crise igualmente representativo de todos os profissionais envolvidos (conquistado devido adoção das estratégias contidas nos grupos b, c e d) na prestação do cuidado em saúde gerou até setembro de 2020 o seguinte cenário de atendimentos ilustrado pelo gráfico 1. Neste

gráfico, o eixo da esquerda representa o total de atendimentos de cada uma das modalidades clínicas ofertadas em todas as unidades sob gestão HA ao longo dos meses de 2020, sendo o mês 1 equivalente à janeiro. Por sua vez, o eixo da direita representa o total acumulado de atendimentos em cada modalidade de atendimento refletindo seu crescimento ao longo deste ano.

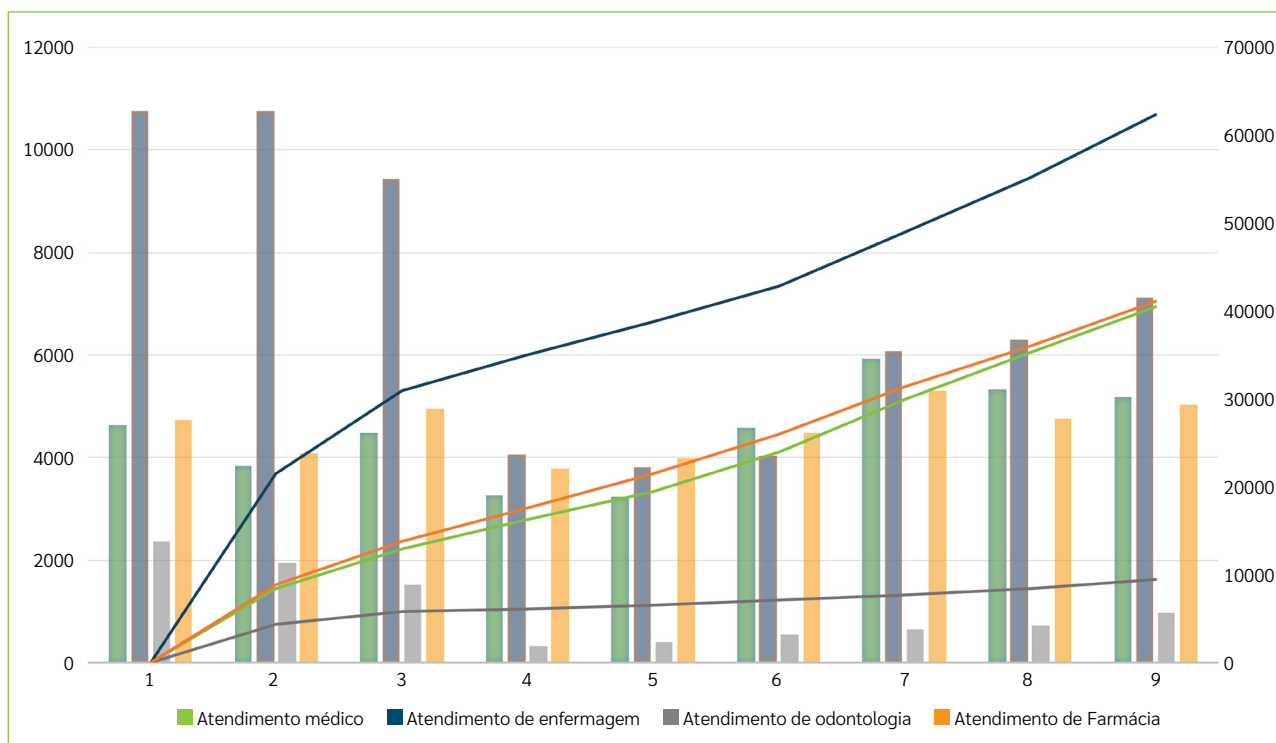


Gráfico 1: Número de atendimentos clínicos realizados nas modalidades de atendimento médico, de enfermagem, odontologia e farmácia ao longo dos meses de janeiro à setembro de 2020 e sua curva de crescimento conforme estruturação e implantação do comitê de crises como indicado pela metodologia *QMentum* Internacional.

Com uma média total diária de atendimentos de 2.316,2 atendimentos (sendo 204,2 médicos, 989 de enfermagem, 210 odontológicos e 913 de farmácia), a cultura de segurança incorporadas pelas ROPs e seu resultado direto de aplicação utilizando a metodologia *QMentum* baseada apenas em tecnologias leves e ultraleves em um momento de crise associada ao plano de envolvimento de todos os *stakeholders* e implementação da cultura com treinamento de treinadores pode ser percebida através dos seguintes resultados chave:

1) Durante a pandemia de COVID-19 no município (com sua primeira semana epidemiológica tendo início no mês de março de 2020 até o momento deste relato com último mês avaliado em setembro de 2020) foram realizados 3117 atendimentos à pacientes sintomáticos respiratórios.

2) Dos atendimentos prestados à sintomáticos respiratórios 904 configuraram atendimentos de casos confirmados.

3) Foram coletados 454 materiais para o exame RT-PCR por meio de swab nasal e 1139 testes rápidos realizados.

4) Iniciou-se a identificação de famílias em risco de vulnerabilidade social devido à redução de renda familiar, aumento do risco de violência doméstica, incremento do número de pacientes domiciliados e ou com complicações de tratamentos médicos.

5) Início de modelo de intervenção com suporte social com equipamentos sociais vinculados ao HA com 960 cestas básicas distribuídas conforme avaliação de risco e vulnerabilidade social, distribuição de leite, medicamentos e roupas conforme verificação de demanda de risco social, arrecadação e distribuição de doações de frutas (50 caixas de mamão e 26 caixas de tangerina), 3 doações de camas hospitalares, 3 doações de

cadeira de rodas, doação de 50 mil unidades de máscaras faciais, distribuição de 30 mil unidades de álcool em gel para higienização, arrecadação de doações de tecido pela secretaria de saúde, agentes comunitárias de saúde e população para confecção de máscaras.

6) A taxa de infecção dos 135 profissionais alocados em todas as equipes esteve abaixo da média nacional e da instituição com um total de 12 casos configurando cerca de 8% de todos os profissionais em serviço e apenas dos quais apenas 7,4% eram de assistência direta ao paciente. Nenhum profissional médico ou enfermeiro foi diagnosticado como positivo para COVID-19.

7) Do total dos 166 dias de trabalho vinculados ao processo de trabalho de combate à COVID-19, a média de dias perdidos pelos afastamentos ligados aos casos suspeitos e/ou confirmados foi de 14,2 dias, representando apenas 8,5% do total de dias trabalhados.

CONCLUSÃO

Este relato de caso ilustra o processo de acreditação como uma ferramenta para implementação de boas práticas aplicáveis não só à contextos habituais, mas também em situações de crise.

O uso de técnicas de implementação, que compõem o núcleo da metodologia *Qmentum*, configuram ações que podem ser entendidas como o melhor e mais praticável modelo de implementação de rotinas em saúde conforme descrito por Powell e colaboradores. Embora a metodologia *Qmentum* não adote todas as estratégias de implementação citadas pelos

autores, percebe-se ao compará-la com modelos da literatura, que ela prioriza as estratégias que são mais eficazes em implementar novas práticas ou rotinas. De mesma forma, nem todas as ações contidas no método *Qmentum* foram avaliadas por Powell e sua equipe, mas todas as ações e estratégias que estão comuns entre a metodologia *Qmentum* e o descrito por Powell são de alto impacto, como visto pelos resultados alcançados no cenário de atenção primária gerido pelo HA.

Assim, entendemos que o processo de acreditação com a metodologia *Qmentum* foi capaz de propiciar um processo de implementação de boas práticas de saúde baseadas em valor, entregando bons resultados mesmo antes de que a certificação fosse alcançada. Percebemos que a prática do modelo foi capaz de não só acelerar exponencialmente a capacidade de atendimento clínico, mas também as possibilidades de aplicação de novas tecnologias em cenários já estabelecidos, mesmo em momentos de crise, conseguindo manter os resultados prévios conquistados. Além disso, percebemos que a utilização de tecnologias leves, como adoção de ROPs (ex. segurança do paciente, segurança do paciente em atendimento domiciliar, de lavagem das mãos) é altamente eficaz quando potencializada por rotinas de implementação envolvendo todos os *stakeholders*, conforme descrito na literatura, podendo reduzir em muito os custos de processo como aqueles oriundos do afastamento laboral ligado à contaminação por COVID-19, otimização da rotina de atendimentos, identificação de riscos e vulnerabilidades e perpetuação de ciclos de melhorias.

REFERÊNCIAS

1. Smelson, D.A., Chinman, M., McCarthy, S. et al. A cluster randomized Hybrid Type III trial testing an implementation support strategy to facilitate the use of an evidence-based practice in VA homeless programs. *Implementation Sci* 10, 79 (2015).
2. Curran, et al., 2012a. Effectiveness-implementation hybrid designs: combining elements of clinical effectiveness and implementation research to enhance public health impact. *Med. Care* 50, 217–226.

3. Braithwaite, J., Churrua, K., Long, J. C., Ellis, L. A., & Herkes, J. (2018). When complexity science meets implementation science: a theoretical and empirical analysis of systems change. *BMC medicine*, 16(1), 63.
4. Kyratsis, Y., Ahmad, R., & Holmes, A. (2012). Making sense of evidence in management decisions: the role of research-based knowledge on innovation adoption and implementation in healthcare. Study protocol. *Implementation Science*, 7(1), 22.
5. Fulford, K. W. M. B. (2004). Ten principles of values-based medicine (VBM). *Philosophy and Psychiatry*, 50-80.
6. Brown, M. M., Brown, G. C., Sharma, S., & Landy, J. (2003). Health care economic analyses and value-based medicine. *Survey of ophthalmology*, 48(2), 204-223.
7. Putera, I. (2017). Redefining health: implication for value-based healthcare reform. *Cureus*, 9(3).
8. Tseng, E. K., & Hicks, L. K. (2016). Value based care and patient-centered care: divergent or complementary?. *Current hematologic malignancy reports*, 11(4), 303-310.
9. MA, Qinli et al. Evaluation of value-based insurance design for primary care. *Am J Manag Care*, v. 25, n. 5, p. 221-227, 2019.
10. IQG (2018) QMentum International Certification Program Guide.
11. DEMOGRÁFICO, I. C. (2019). Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/tabatinga/panorama>. Acesso em, novembro de 2020.
12. Machado, M. H. (1986). A participação da mulher no setor saúde no Brasil-1970/80. *Cadernos de Saúde Pública*, 2(4), 449-460.
13. Teixeira, C. F. D. S., Soares, C. M., Souza, E. A., Lisboa, E. S., Pinto, I. C. D. M., Andrade, L. R. D., & Espiridião, M. A. (2020). A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 3465-3474.
14. Rodrigues, S. C., & Silva, G. R. (2015). A liderança feminina no mercado de trabalho. *Revista Digital de Administração*, 1(4).
15. Kanan, L. A. (2010). Poder e liderança de mulheres nas organizações de trabalho. *Organizações & Sociedade*, 17(53), 243-257.
16. Rankings, S. I. Hospital de Câncer de Barretos.(nd).
17. Powell, B. J., Waltz, T. J., Chinman, M. J., Damschroder, L. J., Smith, J. L., Matthieu, M. M., ... & Kirchner, J. E. (2015). A refined compilation of implementation strategies: results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) project. *Implementation Science*, 10(1), 21.

Método Tracer Vital, uma ferramenta adaptada para avaliação e melhoria da qualidade dos processos de saúde

Vinicius Barbosa Cavalcante de Menezes¹, Ristori Geralda Pinto¹,
Yasmyny Natash da Silva Cahet², Daiane Leite de Almeida²,
Thalita Marques Mesquita Sena²

Resumo

Este estudo de cunho descritivo exploratório, desenvolvido entre os meses de maio a outubro de 2020, aborda a experiência dos profissionais da equipe de qualidade Vital Gestão junto a seus clientes em duas Unidades de Pronto atendimento-UPA 24 horas, portes III, sendo uma unidade localizada na capital do estado de Alagoas com 131 colaboradores e outra na região metropolitana do Pará com 137 colaboradores, geridas pelo Instituto de Saúde e cidadania - ISAC. Ao *Ver, Indagar, Testar e Avaliar* foi possível identificar oportunidades de melhoria dos processos com a fase de *Lapidar*. Foi sugerido a cada processo a maneira pelo qual trouxesse o caminho a percorrer para chegar na eliminação de inseguranças no processo, desperdícios, fluxos que não agregam valor ao paciente e a visão do processo como um todo para na mesma entrega. Fator relevante ►

¹ Vital Gestão, Brasília/Distrito Federal, Brasil.

² Vital Gestão, Maceió/Alagoas, Brasil.

observado com a aplicação da ferramenta foi a melhoria na implantação dos processos de qualidade. Foi entendido que é importante começar com projetos pequenos, de curto prazo, em uma área específica para conseguir criar a cultura de segurança do paciente.

Palavras-chave: Método traçador; Avaliação de Processos; Qualidade; Método de avaliação.

INTRODUÇÃO

As instituições de saúde que buscam por processos de qualidade e melhoria contínua na assistência, devem corresponder às exigências de uma assistência segura ao paciente propondo um serviço de excelência. Melhorar, facilitar e agilizar os serviços, diminuir desperdícios de tempo, esforços e elevados custos não percebidos no cotidiano garantem a qualidade da assistência¹.

No entanto, na literatura² é descrito que é necessário estabelecer não apenas critérios para promover melhorias, mas sustentá-las com o propósito de mudança. Ter ferramentas sistêmicas eficazes, capazes de auxiliar a sustentabilidade dessa construção é um grande desafio para instituições, sendo uma preocupação de muitos gestores dos serviços de saúde.

Dentre as ferramentas disponíveis para auxiliar na avaliação e manutenção contínua da qualidade dos processos está a metodologia Tracer³. Também chamada por método traçador ou rastreador, que permite rastrear lacunas dos processos. A metodologia destaca-se por avaliar as atividades da assistência acompanhando o paciente individualmente e o processo de prestação do cuidado na sequência vivenciada. É avaliada positivamente como metodologia que facilita o registro da realidade de forma objetiva com cuidados seguros e de qualidade reconhecidos e incorporados pela literatura⁴.

Para Organização Nacional de Acreditação - ONA, é necessário estabelecer mecanismos para gerenciar o cumprimento dos processos assistenciais implantados. As experiências vivenciadas sobre a ferramenta Tracer também fazem das auditorias internas e clínicas, metodologia indispensável para avaliar o cuidado prestado e a eficácia dos processos de apoio a melhoria⁵.

A construção da ferramenta também se fundamentou em conceitos mnemônicos que caracterizam um conjunto de técnicas usadas para facilitar e auxiliar o processo de memorização⁶. Pensando em melhorar os processos, foi realizada pela Vital Gestão, a adaptação do Método Tracer convencional, de forma a utilizar mnemônicos e envolver a equipe assistencial e gerencial, e como sujeitos da ação transformadora e que possam desenvolver os processos de qualidade de forma eficaz.

OBJETIVO

Este estudo tem por objetivo apresentar a ferramenta Tracer Vital e discutir as melhorias promovidas. A ferramenta Tracer Vital foi desenvolvida pela equipe da qualidade Vital com objetivo de acompanhar e avaliar a efetividade dos processos através de busca ativa, construção e lapidação dos conceitos dos colaboradores, inserindo-os na metodologia institucional para promover e sustentar as melhorias. Através da ferramenta Tracer Vital, os elementos a serem avaliados foram direcionados de

acordo com o processo de cada área. A metodologia baseia-se nos elementos que viabilizam a garantia da qualidade de cuidado nas instituições, nas ações resultantes do mapeamento do fluxo de valor futuro, nos tempos estabelecidos por processos e requisitos exigidos por instituições certificadoras. As junções dos três elementos que fundamentam a ferramenta Tracer Vital, permitem construir um novo padrão para sustentar a melhoria contínua dos processos que vão além da segurança do paciente. Dado esse contexto, o presente relato de experiência objetiva apresentar a aplicabilidade da ferramenta Tracer Vital.

MÉTODO

Este estudo de cunho descritivo exploratório, aborda a experiência dos 05 profissionais da equipe Vital Gestão junto a seus clientes nas Unidades de Pronto atendimento 24 horas - UPA Trapiche da Barra, porte III, situada no estado de Alagoas, com 131 colaboradores e Unidade de Pronto Atendimento - UPA Cidade Nova, porte III no estado do Pará, com 137 colaboradores.

A ferramenta TRACER VITAL é uma adaptação da ferramenta Tracer, também conhecida como método Traçador⁴. Sua adaptação ocorreu em duas grandes dimensões. A primeira dimensão aborda a construção da ferramenta Tracer Vital e a segunda foi subdividida em duas fases. Na primeira fase ocorreu a implementação, desenvolvida por 05 colaboradores da qualidade Vital Gestão no período de 01 mês, em janeiro de 2020, subsidiada pelos resultados do método de mapeamento de processos, direcionamento

dos requisitos de qualidade para certificação ONA e tempos assistenciais segundo perfil da unidade. Neste processo foram estabelecidos critérios de conformidades que envolvem áreas assistenciais, farmácia, laboratório, sala de radiografia, central de materiais esterilizados e áreas administrativas (direção, recursos humanos e demais setores não assistenciais).

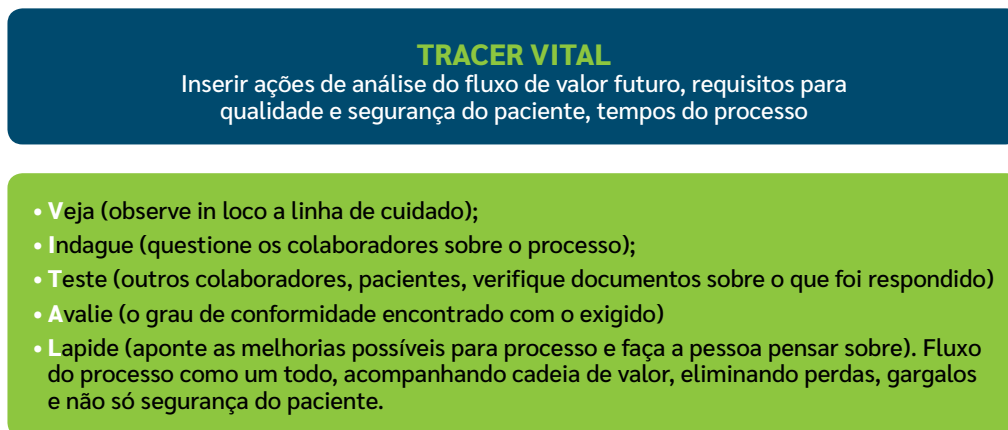
O cenário seguinte, fase 02, representa a implantação da ferramenta nas unidades citadas, permanecendo em análise de março de 2020 a agosto de 2020. Neste período a ferramenta foi aplicada em todas as áreas da instituição com frequências mensal, e ao término, cada unidade gerou um relatório de pontuações, gerado e disponibilizado à direção da unidade para acompanhamento das sugestões de melhorias. Nesta fase, o objetivo foi mensurar a melhoria dos processos e a efetividade da ferramenta.

RESULTADOS

Construção da ferramenta Tracer Vital

Após a definição das ações de melhoria, seguiu a elaboração do Tracer Vital junto a equipe da Qualidade Vital. Foram realizadas reuniões em busca de referências científicas para os requisitos de conformidade na qualidade e segurança do paciente, exigidos por instituições certificadoras de unidades na saúde junto a evidências no uso da ferramenta Tracer, por algumas vezes referenciadas em auditorias clínicas, conforme Organização Nacional de Acreditação. Após levantamento teórico e discussão dos objetivos da ferramenta, foi elaborada a sistemática para sua construção e apresentada conforme figura 1.

Figura 1: Descrição em mnemônicos da ferramenta Tracer Vital.



Os critérios a serem monitorados pela ferramenta Tracer Vital foram fundamentados nas ações estabelecidas no fluxo de valor futuro, requisitos exigidos para qualidade, segurança do paciente e tempos de processos. Os elementos da ferramenta Tracer Vital foram divididos de acordo com as áreas e frequência de aplicação. Durante sua aplicação foram evidenciadas necessidades de acompanhamento pela direção das unidades, logo, definido relatório mensal com demonstração gráfica e média atingida nos três últimos meses.

Implementação e avaliação da ferramenta Tracer Vital

Fase 1 - Implementação

Enquanto qualidade, para a implantação da ferramenta Tracer Vital, o primeiro passo foi o mapeamento do fluxo de valor e toda ação necessária para uma entrega com qualidade e segurança. Em seguida, para o mapeamento, foi utilizada uma ferramenta que segue a trilha que o paciente percorreu dentro da unidade para o valor agregado ao mesmo. De forma cuidadosa, foi realizada a segunda fase desenhando a representação dessa trilha, unindo todos os fluxos, de materiais, serviços e informações, em uma trilha única, a

qual foi denominada de fluxo atual. Dessa maneira, foram observados desperdícios, gargalos e pontos de melhorias. Por fim, o mapeamento do fluxo de valor foi realizado de forma conjunta, com todas as coordenações e direção para dar conhecimento de todo o fluxo do paciente. Posterior a análise, foi desenhado o fluxo futuro e alinhado as ações de melhorias a serem desenvolvidas conforme desenho.

A abordagem foi essencial para a aplicação da ferramenta Tracer Vital, sendo fundamental o conhecimento da equipe de qualidade quanto aos processos implantados e percepção do nível de maturidade da unidade. Dado esse perfil, tornou-se plausível direcionar e envolver os colaboradores de forma receptiva, fazendo-os sentir-se parte do processo. A ferramenta apoiou nesta construção, a medida que subdividiu as ações de investigar. Ao *Verificar* os critérios estabelecidos para área, foi tida a chance de observar, naquele local, a conformidade exigida e não visualizada, sendo neste momento *indagado* aos colaboradores quanto ao processo, para que tivessem a possibilidade de expressar seu conhecimento sobre o assunto. *Testar* foi a fase seguinte da ferramenta Tracer Vital, onde se buscou evidenciar os critérios de conformidade, seja em outros colaboradores, documentos, procedimentos operacionais padrão ou até mesmo em pacientes, quando necessário. Após essa aplicação foi

registrado o grau de conformidade encontrado com o exigido utilizando o *Avaliar*. Por fim, oportunidades de melhoria com o *Lapidar*. Foi sugerido a cada processo a maneira pelo qual trouxesse o caminho a percorrer para chegar na eliminação de inseguranças no processo, desperdícios, fluxos que não agregam valor ao paciente e a visão do processo como um todo.

Fase 2 – Avaliação da ferramenta Vital

Os resultados por sua função revelaram igualmente pontos a serem discutidos. Em primeiro lugar, permitiu a equipe da qualidade uma avaliação dos processos de maneira mais robusta, incluindo vários elementos importantes para análise da conformidade dos processos ao mesmo tempo em que possibilitou visualizar lacunas existentes em cada área abordada. O acompanhamento da equipe na aplicação da ferramenta permitiu interagir e apresentar os pontos de melhorias direcionando-os para as responsabilidades com os processos. Na medida que aceitavam sugestões, promoviam o *lapidar*.

A equipe de qualidade avaliou a ferramenta conjuntamente, utilizando as referências citadas neste trabalho. A ferramenta foi avaliada como positiva e a equipe se sentiu envolvida, passando a sentir envolvida e assim passou a sentir a necessidade de seu uso como Feedback dos processos de trabalho.

DISCUSSÃO

Ao aplicar a ferramenta Tracer Vital foi observado, na fase *Veja*, que as lideranças e parceiros resistiram ao processo de auditoria. Por várias vezes interromperam os colaboradores para justificar as não conformidade. As direções expressaram preocupação ao medir a efetividade dos processos. Com o método Tracer Vital, os processos que pareciam estar em bom desenvolvimento passaram a apresentar dificuldades como desperdícios ora de tempo ora de material. Na assistência,

ao indagar a equipe ficou claro que as atividades eram sempre realizadas, entretanto, não eram registradas. Ao entender a necessidade do registro seguro, a equipe apresentou preocupação para logo para logo realizar o ajuste. Na central de esterilização, as técnicas que lá trabalhavam esperavam ansiosas por realmente querer uma avaliação dos processos, e feedback de seus serviços foi entendido neste setor como construção e a resposta veio logo na seguinte aplicação da ferramenta onde grande parte dos processos estavam ajustados de acordo com os preceitos de segurança do paciente. *Lapidar*, a última fase da ferramenta, norteou os pontos de fragilidade melhorados e a prioridade do que deverá ser trabalhado. Neste sentido, para equipe de qualidade Vital a experiência com a ferramenta trouxe um caminho possível para se atingir a qualidade e segurança esperada pelos processos implantados.

Notou-se também o constrangimento nos executores ligado à presença de alguns líderes nesta visita. A mesma ferramenta aplicada em outra unidade de mesmo perfil epidemiológico apresentou pontos positivos, com a demonstração de aceitação e compreensão do uso da ferramenta pelos colaboradores. Novas idéias surgiram durante o processo, permitindo a construção de inovações. À exemplo desta participação dos membros locais, observou-se mudanças como na cor da ficha de sepsis, com vistas de aprimorar a qualidade e segurança assistencial. Vale lembrar que esta unidade possui certificação nacional de qualidade, com ampla percepção da cultura de qualidade entre os colaboradores pela alta maturidade para a gestão local e implantação de mudanças.

Estas diferentes experiências vivenciadas revelam a importância da ferramenta Tracer Vital na construção conjunta dos processos. Objetiva entendimento e participação sobre os elementos investigados. Foi possível também observar o entendimento que a mudança se faz com o respeito mútuo de todos os envolvidos. Na visão de outro estudo 2, o respeito pelas pessoas

significa a busca pela realização pessoal de todas as necessidades, proporcionando segurança física e moral, tornando o trabalho digno e gratificante.

Considerando que ao exercitar a ferramenta Tracer Vital pela equipe de qualidade em unidade o qual os processos de qualidade eram implantados, registra-se a resistência de alguns líderes e parceiros. Tal evidência se representava por estarem apreensivos durante a visita, intervindo para justificar os apontamentos realizados aos processos que não apresentavam conformidades naquele momento. A presença de alguns líderes na mesma visita intimidava os executores a participar e entender os processos pelo qual desenvolviam. A mesma ferramenta aplicada em outra unidade de mesmo perfil epidemiológico apresentou pontos positivos. Os colaboradores demonstraram aceitação e entendimento no momento de visita. Argumentavam que ao passo que executam os processos novas ideias surgem e que as ações conjuntas permitem consistência na entrega, exemplifica uma mudança de cor na ficha de sepse observada por todos que permitiu atenção focada na assistência. Vale lembrar que esta unidade possui certificação nacional de qualidade e os colaboradores apresentaram uma entendida maturidade na cultura de segurança do paciente com maior abertura para mudanças e melhorias. As diferentes experiências vivenciadas revelam a importância da ferramenta Tracer Vital na construção conjunta dos processos. Objetiva entendimento e participação sobre os elementos investigados. Foi possível também o entendimento que mudança se faz com cuidado, cuidado e respeito a todos os indivíduos. Na visão de um autor respeitar as pessoas significa buscar realização pessoal de todas as necessidades, segurança, física e moral, significa trabalho digno e gratificante. Esse é o eixo de toda transformação que está em andamento na gestão.

Os resultados por sua função revelaram igualmente pontos interessante. Em primeiro lugar permite para

a equipe de qualidade uma avaliação dos processos mais robusta, incluindo vários elementos importantes para análise da conformidade dos processos ao mesmo tempo em que possibilita visualizar as lacunas existentes em cada área investigada. O acompanhamento da equipe na aplicação da ferramenta permitiu interagir e apresentar os pontos de melhorias direcionando-os para a responsabilidade com o processo. Na medida que aceitavam sugestões inibia resistência e promovia o lapidar.

Na literatura dos autores² registra se relatos da vivência Lean do Intitute Brasil, caracterizada pelo processo justo voltado à metodologia de eliminar desperdícios e agregar valor ao paciente. A busca por agregar valor ao paciente se concretiza na percepção de todos para o trabalho conjunto, humanizado e centrado no paciente. Neste sentido as áreas mais críticas das unidade, Central de Esterilização Materiais, salas de Emergência e Observação, os colaboradores tem um perfil mais participativos e comprometido com a responsabilidade de cuidar e foi possível observar este crescimento nos profissionais quem se apresentavam ansiosos por saberem as pontuações atingidas na ferramenta Tracer Vital e perceber que podiam contribuir para o processo. Saber exatamente a sua entrega e a importante trilha para consistência, como objetiva o Tracer. Este, avalia procedimentos, processos, sistemas, registros e documentos, com intuito de aferir o cumprimento dos planos e metas que se faz necessário.

CONCLUSÃO

Nesta perspectiva, o fator relevante observado foi a melhoria na implantação dos processos de qualidade. Foi entendido que é importante começar com projetos pequenos, de curto prazo, em uma área específica para conseguir criar a cultura de segurança do paciente. Inicialmente foi implantado em várias áreas da unidade e houve divisão dos esforços sem permitir que as mudanças fossem observadas pelas

equipes. Outro ponto observado foi a frequência da aplicação da ferramenta Tracer Vital. As visitas às áreas aconteciam uma vez ao mês e todos os processos eram avaliados. Entretanto, é necessário tempo para que as melhorias sejam implantadas e estejam consolidadas. A ferramenta passou a ser aplicada a cada dois meses e, aos quais as coordenações receberam o apoio da qualidade.

É importante salientar que em todas as fases da ferramenta Tracer Vital foi possível o desenvolvimento

profissional dos colaboradores. Inicialmente a construção tinha como objetivo mensurar os processos de qualidade desenvolvidos nas unidades, entretanto, ao passo que se construiu e aplicou a ferramenta foi observado a relevância de melhorias contínuas e como chegaríamos neste objetivo. As coordenações eram orientadas sobre os processos de sua área, pontuadas suas necessidades e planejadas as melhorias. Contudo, é imprescindível a visão do todo na construção dos processos e basear-se no mapeamento de fluxo de valor é o caminho indicado.

REFERÊNCIAS

1. Silva-Batalha Edenise Maria Santos da, Melleiro Marta Maria. Cultura de segurança do paciente em um hospital de ensino: diferenças de percepção existentes nos diferentes cenários dessa instituição. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2015 June [cited 2020 Nov 27]; 24(2):432-441. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000200432&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015000192014>
2. Pinto, Carlos Frederico. Em busca do cuidado perfeito: aplicando Lean na saúde/ Carlos Frederico. – São Paulo: Lean Institute Brasil, 2014.
3. Meireles Viviani Camboin, Labegalini Célia Maria Gomes, Baldissera Vanessa Denardi Antoniassi. Método Tracer e a qualidade do cuidado na enfermagem: revisão integrativa da literatura. Rev. Gaúcha Enferm. [Internet]. 2019 [cited 2020 Nov 27]; 40: e20180142. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000100508&lng=en. Epub Oct 14, 2019. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180142>
4. The Joint Commission [Internet]. Oakbrook Terrace (IL): The Joint Commission [cited 2010 Dec 10]. Available from: <http://www.jointcommission.org>
5. Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde, versão 2018 – 2022 – Coleção Manual Brasileiro de Acreditação – Volume 1
6. Lima Filho, Raimundo Nonato, Bruni, Adriano Leal. Sistema de Informação Científica, Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal, Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa. Psicologia Ciência e Profissão. Volume 35, outubro-novembro. 2017.
7. Mike Rother, John Shook, James Womack, Daniel Jones, José Roberto. Aprendendo a Enxergar. Brasil. Editora Lean Institute. 2012.

Implantação de uma ferramenta de transição de cuidado: relato de experiência em uma unidade de pronto atendimento

Vinicius Barbosa Cavalcante de Menezes¹, Ristori Geralda Pinto¹,
Yasmyny Natash da Silva Cahet², Daiane Leite de Almeida²,
Thalita Marques Mesquita Sena²

Resumo

Apresentar uma proposta de ferramenta de transição do cuidado e descrever as etapas de implantação desse processo em uma unidade de saúde. Trata-se de um relato de experiência descritivo e exploratório que apresenta a análise e implantação de uma proposta de construção coletiva de uma ferramenta de transição do cuidado, descrevendo as fases desta ação. A elaboração da ferramenta passou por quatro fases, sendo a primeira marcada por reuniões e debates científicos sobre qualidade assistencial. Na segunda etapa se deu a elaboração do instrumento e construção do mnemônico ISAC. A terceira fase caracterizou-se pela implementação da ferramenta e por fim a quarta etapa foi preenchida pela auto avaliação no sentido de adesão de melhorias. Entende-se que o instrumento criado e implantado teve seu objetivo alcançado após sofrer ajustes para adequação. Espera-se que por meio deste instrumento seja possível garantir uma transição do cuidado segura.

Palavras-chave: Comunicação; Continuidade da Assistência ao Paciente; Segurança do Paciente.

¹ Vital Gestão, Brasília/Distrito Federal, Brasil.

² Vital Gestão, Maceió/Alagoas, Brasil.

INTRODUÇÃO

Atualmente os serviços de saúde têm sido cada vez mais estimulados a utilizar ferramentas para garantir a qualidade do cuidado e cumprir as Metas Internacionais de Segurança do Paciente, visando a qualidade assistencial¹.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a segurança do paciente é definida como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde².

Em 2011, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu as seis metas de segurança do paciente que visam melhorias a estes processos durante o percurso do paciente dentro de uma unidade de saúde, são elas: identificar os pacientes corretamente; melhorar a comunicação entre os profissionais; melhorar a segurança para medicamentos de risco; eliminar cirurgias em membros ou pacientes errados; reduzir o risco de adquirir infecções e o risco de lesões decorrentes de quedas³.

Dentre as seis metas citadas, a de comunicação entre os profissionais de saúde tem sido amplamente discutida neste âmbito. Segundo um estudo de Silva⁴, as falhas na comunicação são responsáveis por mais de 60% dos eventos adversos em instituições de saúde e este problema pode gerar atos inseguros tais como: falhas, nas quais o canal de comunicação não existe ou não está funcionando, fracasso na emissão da mensagem e falhas na recepção da informação.

Nos Estados Unidos, as falhas de comunicação na transição dos cuidados estão por volta de 30% das acusações de erros e más práticas que impactam a continuidade da assistência. Em cinco anos, causam mais de 1.700 mortes e correspondem a US\$ 1,7 bilhões de custos de processos de negligência profissional¹.

Entre as ferramentas sugeridas para a melhoria contínua da qualidade e segurança, evitando erros na comunicação, estão a transição do cuidado através dos

mnemônicos, onde estes são descritos como abreviações que guardam dicas a serem lembradas e têm funcionalidade estratégica no sentido de melhorar a adesão aos processos¹.

Associado aos mnemônicos, a técnica da ferramenta SBAR (S- situação; B- breve histórico; A- antecedentes; R- recomendação) foi introduzida na transição do cuidado e atualmente é recomendada como um método estruturado, simples e efetivo para comunicar informações críticas e de ações imediatas⁵.

Nesse contexto, evidenciando a necessidade de estabelecer rotinas baseadas em evidências científicas, o uso de uma ferramenta norteadora e específica de transição do cuidado foi desenvolvida com base no SBAR, fortalecendo os mnemônicos como estratégia efetiva de comunicação entre profissionais de saúde.

Portanto, o objetivo geral deste estudo é apresentar uma proposta de ferramenta de transição do cuidado, sendo a descrição das etapas de implantação desse processo em uma unidade de saúde o objetivo específico.

MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência descritivo e exploratório que apresenta a análise e implantação de uma proposta de construção coletiva de uma ferramenta de transição do cuidado, sendo assim descritas as fases desta ação. Obedecendo as questões éticas, obteve-se o consentimento da organização para realização deste artigo.

Vale acrescentar que o relato de experiência é uma ferramenta da pesquisa descritiva que apresenta uma reflexão sobre uma ação, sendo sua relevância apontada através da pertinência dos problemas e soluções que estes estudos se propõem a destrinchar⁶.

O cenário pertencente a implantação da ferramenta ocorreu em duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) nível III, as quais funcionam 24 horas e estão localizadas em dois bairros periféricos em Maceió-AL. As unidades têm 15 leitos de observação adulto, 5 leitos de observação pediátrico e 5 leitos de estabilização com suporte ventilatório, além de capacidade para atender mais de 450 pacientes por dia. São serviços portas abertas, com atendimento de urgência e emergência e com grande rotatividade de pacientes, sendo, portanto, vulnerável aos eventos adversos e falhas na comunicação.

A construção se deu pela equipe Vital Gestão, empresa especializada em governança assistencial focada na condução de organizações de saúde, em conjunto com unidades a qual a empresa presta serviço (as UPAs citadas no artigo). O período de construção do instrumento em questão se deu em dois meses, maio a junho de 2019, e a implantação ocorreu durante um mês, com data inicial de aplicação no dia 01 de julho de 2019. A elaboração da ferramenta passou por quatro fases, sendo a primeira marcada por duas reuniões com debates científicos da equipe Qualidade Vital Gestão (duas analistas da qualidade, coordenação da assistência, núcleo de educação permanente - NEPS e direção qualidade e assistência). Nesse momento foi possível escolher qual base teórica seria seguida, discussão da referência e demarcação dos passos necessários posteriormente.

Na segunda fase se deu a elaboração do instrumento que ocorreu em três momentos: na primeira etapa houve a listagem das dimensões a serem abordadas com base no método escolhido e identificação dos itens obrigatórios a serem respondidos em cada dimensão. A segunda etapa consistiu no desenho do formato do instrumento quanto a sua estrutura física. Já na terceira etapa, foi realizada a construção do mnemônico que trouxe-se familiaridade ao instrumento. Esta última etapa teve a participação da equipe da Qualidade Vital Gestão, que após a

estruturação da ferramenta seguiu com a aprovação pela gestão da qualidade local e diretoria técnica para posterior direcionamento e aprovação da superintendência de assistência e qualidade.

A terceira fase caracterizou-se pela implementação da ferramenta que perpassou por dois momentos: Primeiro com apresentação do instrumento à toda equipe de Enfermeiros e Médicos em uma reunião agendada pelas coordenações com programação de dia e horário da aplicação, também treinamentos *in locu*, essa fase durou uma semana. No segundo momento houve a aplicação propriamente dita nos dias e horários agendados com participação da equipe médica, Enfermeiros, Gestão Qualidade Vital e Qualidade local. A aplicação ocorreu na sala de observação das duas UPAs. Com o preenchimento prévio do instrumento por um médico e dois enfermeiros. Houve a realização da passagem do plantão com o instrumento para dois enfermeiros e um médico, equipe que receberia o plantão. Esta etapa se repetiu no decorrer do projeto, acompanhada pela equipe de implantação na primeira semana *in locu*.

Por fim, na quarta etapa se deu a avaliação do instrumento, com a análise do processo de aplicação. Realizou-se uma abordagem sobre a adesão da equipe, ajustes no instrumento, e compartilhamento das melhorias pela gestão. Essa fase ocorreu após uma semana do primeiro dia de aplicação até um mês após a implementação. A avaliação do instrumento foi realizada semanalmente junto à equipe qualidade Vital Gestão, qualidade local, coordenação assistencial e participação de no mínimo dois enfermeiros e dois médicos.

RESULTADOS

Após a análise *in locu*, observou-se grandes falhas de comunicação existentes durante as trocas de plantão em relação aos pacientes na observação

nas unidades supracitadas. Notou-se também um grande número de notificações de eventos adversos relativos à falhas de comunicação. Estas falhas demonstraram a necessidade de construção e implementação de uma ferramenta sistemática para a continuidade do cuidado ao paciente.

Fase 1- Discussões teóricas

Essa fase se deu por meio de duas reuniões com a equipe, com o objetivo de se discutir e sistematizar a construção da ferramenta e sua implementação. Fundamentou-se esta etapa pela análise de artigos relevantes ao tema, pesquisados nas bases de dados disponíveis online (itálico). Através destes artigos foi possível a elaboração de discussões sobre as metas de segurança do paciente e identificação de pontos de melhoria de qualidade na assistência local. Uma dificuldade encontrada nesse processo foi a carência de instrumentos já adaptados para unidades de emergências que muitas vezes não utilizam instrumentos de comunicação segura na troca de informações.

De acordo com a necessidade local, foi estabelecido que o instrumento de gestão de qualidade ideal para suprir a demanda da unidade seria o instrumento desenvolvido pela técnica de comunicação “Situation, Background, Assessment, Recommendation (SBAR)”. Essa técnica foi criada afim de melhorar a comunicação entre médicos e enfermeiros, e vem sendo utilizada e documentada na literatura desde 2004, sendo adotada nos hospitais para dar cumprimento às diretrizes de segurança do paciente.

Uma das motivações da escolha por esse método se deu pelo fato de existirem várias evidências de sua aplicabilidade na literatura, como uma ferramenta adequada para a redução das chances de erros e omissões durante a passagem de plantão.

Considerada como ferramenta de gestão, a SBAR é recomendada para organizar o processo de passagem de plantão, consistindo em uma técnica

estruturada, clara e precisa de fornecimento e registro de informações, por meio de quatro dimensões: Dimensão 1- aponta o que está acontecendo no momento atual com o paciente (Situation); Dimensão 2-descreve quais situações levaram àquele momento (Background); Dimensão 3-menciona a opinião do profissional sobre o problema (Assessment); Dimensão 4- remete ao que poderia ser feito para corrigir os problemas identificados (Recommendation). Já a literatura traduz a ferramenta SBAR para tais categorizações: S- situação; B- breve histórico; A- antecedentes; R- recomendação.

Após entender os sentidos destas dimensões e discussões críticas do processo, foram definidos momentos individuais para estruturação do instrumento, além da organização da fase de implementação em blocos; além do momento de análise do instrumento que incluiria a inclusão de um indicador.

Fase 2- Construção da ferramenta

A elaboração do instrumento consistiu em uma reunião para listar as dimensões a serem abordadas com base no método SBAR, identificando-se os itens obrigatórios que fariam a composição de cada dimensão. A equipe de Gestão Qualidade Vital construiu a ferramenta, baseada na divisão das quatro dimensões (como referência SBAR) e quais informações seriam consideradas indispensáveis para garantir a transição do cuidado seguro (Tabela 1).

Diferentemente do SBAR, este estudo propôs uma dimensão à mais do referencial teórico utilizado, que consistiu na dimensão de Identificação do paciente. A segunda e a terceira dimensões, semelhantemente a ferramenta original, contemplou os itens Situação e Antecedentes. Nesta última, propôs-se um breve histórico do paciente. A quarta dimensão foi renomeada como “conduta”, ao invés de Recomendação, apenas para readequação para uma linguagem objetiva e adequada ao objetivo proposto.

Tabela 1: Blocos de informações da ferramenta transição de cuidado ISAC– Maceió, AL, Brasil, 2020.

IDENTIFICAÇÃO	SITUAÇÃO	ANTECEDENTES	CONDUTAS
Identificação concisa do locutor, interlocutor e paciente. Nome do paciente e Data de Nascimento	Diagnóstico provável; Queixa principal.	Breve histórico relacionado com o quadro.	Condutas realizadas e pendentes.

A dimensão Identificação foi estruturada de forma que os profissionais responsáveis pela transferência das informações, nomeado de locutor e interlocutor fossem identificados no início do mapa de passagem de plantão. No campo identificação do paciente, têm-se por base o protocolo institucional, obedecendo-se a primeira meta de segurança do paciente, que padroniza a identificação mínima do usuário com dois identificadores: nome completo e data de nascimento.

O campo Situação contém de forma sucinta a queixa principal do paciente e o diagnóstico provável, evidenciando a circunstância que o paciente chegou e o diagnóstico médico inicial. Esta dimensão remete o olhar para o planejamento assistencial individualizado dos profissionais.

Em Antecedentes elencou-se brevemente os antecedentes do paciente, que se relacionam com a queixa ou diagnóstico; ou mesmo fatores agravantes ou influenciadores do prognóstico do paciente no curso do atendimento. Nesse campo foi disponibilizado opções para assinalar com um X os possíveis dispositivos que o paciente está em uso, assim como uma opção para descrever alergias, se presentes.

No campo Conduta previu-se um espaço para descrição dos tratamentos anteriores, bem como exames, resultados importantes e pendências a serem avaliadas posteriormente. Também foi disposto campo para descrição dos sinais vitais do paciente.

Após a discussão dos conteúdos a serem inseridos no mapa, foi agendado um segundo momento,

onde os itens foram testados na formatação unilateral, horizontal, vertical, divisão de espaçamentos para cada categoria e observações de instruções de preenchimento.

O terceiro momento consistiu na discussão sobre o uso do novo mnemônico, com nomes usuais utilizados nos serviços locais, utilizando-se como embasamento teórico o método SBAR. Este mnemônico teve como objetivo promover a adesão e melhor compreensão do instrumento, fatores estes essenciais no processo de melhoria. O mnemônico escolhido, associado às dimensões definidas, foi ISAC, uma vez que este é muito utilizado em outras ferramentas de marketing; além de ser o nome da Organização Social que gere administrativamente os serviços.

Após a condução destas três etapas, com a participação da equipe da Qualidade Vital Gestão, a ferramenta seguiu para aprovação da gestão da qualidade local, direção técnica e por fim da Superintendência de Assistência e Qualidade.

Um problema enfrentado foi a sistematização das informações básicas em cada dimensão bem como a padronização do uso das dimensões pelos profissionais durante a transferência de informações entre plantões.

Fase 3- Implementação

A implementação da ferramenta foi estruturada em dois momentos diferentes, sendo o primeiro a “Capacitação da equipe” (médicos e enfermeiros) para utilização da

ferramenta de transição de cuidado. Nesse momento a ferramenta foi apresentada e disseminada por meio da coordenação assistencial e coordenação de qualidade. Foram utilizados, para este momento, reuniões e treinamentos *in locu* (itálico) com o apoio do Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS) local e NEPS Vital Gestão, o qual acompanhou a abrangência destas ações (quantitativamente, relativo ao número de pessoas necessárias e alcançadas no processo). Apenas após a capacitação de 80% da equipe de médicos e enfermeiros foi possível iniciar a próxima etapa.

A segundo momento foi o início no uso da ferramenta, planejado por meio do instrumento 5W2H, o qual selecionou: o dia para início do uso da ferramenta, a equipe e o turno. Nessa etapa houve o acompanhamento das transições de cuidado nos períodos diurnos e noturno, esclarecimento de dúvidas e instruções para preenchimento adequado da ferramenta.

A aplicação ocorreu na sala de observação das duas UPAs onde estavam dispostos 15 leitos. Uma hora antes do término do plantão a equipe Vital Gestão e qualidade local acompanhavam dois enfermeiros e um médico (alocados na sala de observação), realizando o preenchimento prévio do instrumento. Após esta etapa, a equipe assistencial e de qualidade dirigia-se à sala para passagem de plantão com instrumento preenchido, repassando as informações para a equipe que iria assumir o plantão (mais dois novos enfermeiros e um médico) na ordem das dimensões contidas no instrumento. Esse processo se repetiu ao longo do projeto, acompanhado pela equipe de implantação apenas uma semana em *in locu*.

Nesse momento de implementação foram observadas dificuldades na adesão da equipe para seguimento das dimensões da ferramenta na ordem cronológica definida pela mesma. Outra questão observada foi o preenchimento completo de todos os itens, interrogando-se falhas na disponibilidade de informações,

não propriamente devido à adequação da ferramenta ou acompanhamento do processo de implantação.

Fase 4- Avaliação e Adequação do Instrumento

A quarta e última etapa foi a avaliação do instrumento para melhorias estruturais e adequação. Uma vez na semana a equipe da Qualidade Vital Gestão se dirigia a unidade para realizar uma auditoria dos instrumentos preenchidos junto a coordenação de assistência e qualidade local afim de entender as arestas no preenchimento da ferramenta.

Posteriormente foram realizados momentos de discussão com médicos e enfermeiros que já tinham utilizado a ferramenta e debatido de forma dinâmica as melhorias. Todos os mapas preenchidos eram dispostos em uma mesa e solicitado aos participantes que observassem os itens não preenchidos e propusessem melhorias. A cada sugestão realizada, a comissão de qualidade elaboradora se reunia para discussão dos pontos propostos e em seguida realizada a devolutiva para a equipe com a adesão ou descarte da proposta.

Três sugestões foram recebidas: aumento do espaço para escrita, exclusão do campo locutor e interlocutor e opções para demarcação X no campo antecedentes. Esta última foi considerada viável e foi aderida, sendo as demais excluídas. A justificativa para adesão à última sugestão foi embasada na otimização do tempo para preenchimento da ferramenta. As demais foram excluídas por compreensão da comissão elaboradora como vulnerabilidade à segurança do paciente. Um indicador foi acompanhado para medir o processo de implementação, por meio da adesão ao preenchimento de fichas, frente ao número total de preenchimentos esperados ao longo do mês. No gráfico 1 é possível observar o gerenciamento da adesão da ferramenta de transição de cuidado.

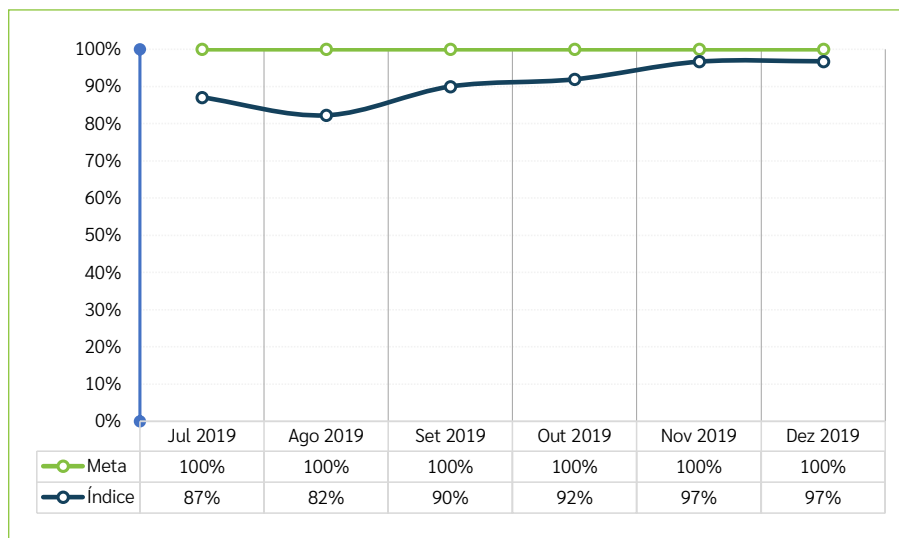


Gráfico 1: Adesão da ferramenta de transição do cuidado ISAC– Maceió, AL, Brasil, 2020.

A linha azul representa qual o índice de passagem de plantão realizado, calculado pelo número de preenchimentos ao instrumento realizado dividido pelo total de instrumentos esperados. Já a linha verde representa a meta estabelecida no mês.

É possível perceber que nos primeiros dois meses de implantação ocorreram fragilidades na transição do cuidado quanto ao preenchimento do instrumento de passagem de plantão justificada pelo momento de adaptação da equipe frente a nova proposta para comunicação segura e mudanças no próprio processo estruturação da ferramenta.

DISCUSSÃO

A construção da presente ferramenta partiu da análise de notificações de eventos adversos, os quais identificaram falhas no processo de transição de cuidado, deixando evidente assim que os sistemas de notificações podem ajudar a identificar melhorias no desenvolvimento de uma cultura de segurança.

Segundo a OMS o sistema de notificação constitui-se em ações interligadas para detectar e analisar fenômenos prejudiciais e situações de risco e direcionar

um aprendizado a partir desses eventos, objetivando a melhora na segurança de paciente⁴.

A comunicação é um elemento essencial do cuidado, principalmente nos processos que envolvem a saúde, e quando ineficiente traz impacto danoso para assistência. No processo de trabalho da equipe o mecanismo utilizado para a realização da transmissão de informações é denominado ‘passagem de plantão’, o qual procura estabelecer comunicação objetiva a respeito das condições dos pacientes, além de cumprir uma das metas de segurança subsidiada por protocolo⁷.

Como uma das principais ferramentas utilizadas nessa comunicação temos o SBAR, método reconhecido mundialmente por sua objetividade e clareza nas informações indispensáveis a processos seguros de comunicação¹. Entretanto compreende-se que para além de um método científico como o SBAR, é necessário uma construção coletiva, participativa, com planejamento de etapas, de forma que esta seja adequada a realidade envolvida.

Sendo assim, o processo de construção deve envolver etapas estruturais que incluem: a busca através do pensamento crítico de instrumentos disponíveis para

o objetivo; discussão e construção do mesmo com foco a partir do problema local e feedback das pessoas, uma vez que estas são os agentes do fazer diário do que é proposto.

Vale acrescentar que o planejamento em etapas aumenta as chances de promover um trabalho mais resolutivo com promoção de melhorias contínuas e a possibilidade de intervenções em cada fase de implantação do processo¹.

Sobre isso, entende-se a criação do instrumento baseada na gestão em etapas, a qual se edifica sobre três dimensões: propósito, organização e propriedade, onde obtém-se por meio da experiência prática e relações interpessoais a definição do objetivo/propósito com posterior ordenação sistemática de metas e instrumentos necessários para atingi-las, englobando assim as propriedades que podem ser intencionais, dinâmicas, interativas, flexíveis e baseadas em teorias⁸.

Entende-se, portanto, que a gestão metódica, sistematizada e baseada em evidências científicas traz benefícios no que diz respeito a qualidade da assistência prestada, impulsionando melhores prognósticos para os pacientes, de forma a contribuir também para desconstrução de estigmas culturais e melhora no trabalho em equipe.

Nesse sentido, a excelência de um serviço, no que tange a resolatividade, produtividade e qualidade, está ligada a aproximação dos universos científico e tático ao fazer cotidiano relacionado a aptidão e técnica. Sendo assim, a integração dessas esferas permite uma inovação estrutural e paradigmática no âmago de condutas entre os principais sujeitos envolvidos nos serviços de saúde (usuário e profissionais) impactando assim positivamente nos resultados obtidos⁹.

Sendo os mnemônicos abreviaturas utilizadas para facilitar o processo de memorização, infere-se que seu uso para saúde auxilie na sistematização da linguagem para transição de cuidados entre profissionais, estruturando esse processo em categorias limitadas

e predeterminadas dentro do considerado essencial para garantir a integralidade e efetividade na continuidade da assistência.

A saber, é necessário ressaltar a importância do acompanhamento sobre o processo de implantação dos mnemônicos em questão, uma vez que por meio desta observação é possível a formação de julgamentos e avaliações que fundamentarão o aperfeiçoamento do instrumento e/ou de sua aplicabilidade prática.

Desta mesma forma Caldana¹⁰ em seu estudo sobre a avaliação da qualidade de cuidados de enfermagem em hospital público, explica que a formação de um parecer (avaliação) mediante a análise de dados dos resultados obtidos durante a implantação de determinada atividade permite a fundamentação de novas práticas e pesquisas.

Vale acrescentar que embora possua uma base científica sólida a ferramenta criada a partir de mnemônicos possui um caráter próprio e adaptado a realidade local, uma vez que o utiliza o nome do instituto que gere os serviços para elencar as categorias prioritárias de informação a serem registradas durante a transição de plantões, sendo estas: a identificação, a situação, os antecedentes e as condutas.

Dessa maneira, constata-se que ajustes entre o absorvido pela literatura e a experiência prática são indicados e incentivados por se levar em consideração a existência de um distanciamento entre condições ideais e as observados no cotidiano dos serviços, tendo em mente as discrepâncias referentes ao contexto sociocultural e econômico de usuários, bem como a incompatibilidade entre estrutura física e o nível de atualização profissional¹¹.

Compreende-se ainda que a introdução de novas atividades tende a necessitar de ajustes que possam garantir um desempenho favorável do instrumento na meta de facilitar a passagem de plantões; sendo assim a perseverança, empenho e governança assistenciais

são marcas essenciais para garantia do desenvolvimento deste dispositivo como marca do serviço¹¹.

Por fim, analisa-se que a supervisão do indicador permitiu uma adequação do instrumento nos itens propostos inicialmente, sendo analisado que o preenchimento do dispositivo não estava sendo realizado de forma esperada. Dessa forma a problemática foi levantada junto a equipe, compartilhando os processos de melhorias e adequando o instrumento as vivências da equipe de linha de frente. Tal situação impactou diretamente na adesão ao instrumento, na melhoria da proposta e na efetiva gestão compartilhada.

CONCLUSÃO

Diante dos constantes erros no processo de comunicação na passagem de plantão, assim como de suas consequências nocivas a qualidade da assistência, entende-se que o instrumento criado e implantado teve seu objetivo alcançado, já que possibilitou o uso de um referencial teórico para elaborar uma ferramenta, estabeleceu um método de comunicação na transferência de informações em um serviço de saúde, adequou informações necessárias a realidade envolvida, promoveu uma oportunidade de intervenção segura na continuidade do cuidado prestado aos pacientes e possibilitou o uso desse instrumento para outros serviços de saúde.

Percebeu-se fragilidades nas etapas do processo quanto limitação de estudos e instrumentos base para comunicação no processo de transferências de informações em emergências, barreiras na sistematização das informações básicas no mapa, uso da ferramenta com a sequência lógica das dimensões e falha no preenchimento do instrumento. Um importante eixo foi a avaliação do instrumento quanto adequação do mesmo com participação ativa da equipe nesta etapa.

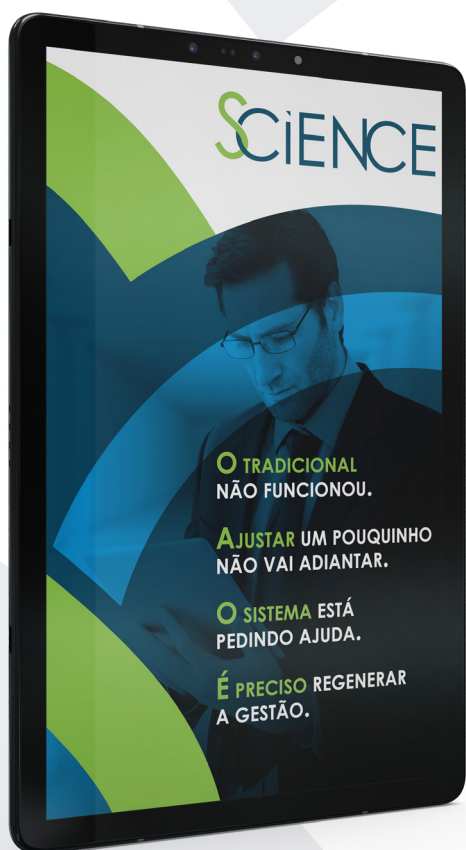
É importante observar que são escassas e recentes as iniciativas como a deste estudo, onde tal realidade leva a constatação da necessidade de novas pesquisas e discussões científicas em relação ao presente tema. A saber, tais propostas podem auxiliar os profissionais da área em relação ao conhecimento das causas e efeitos das lacunas na comunicação, possibilitando desta maneira tanto o incentivo para adequação de ferramentas já existentes assim como o estímulo ao fazer coletivo envolvendo a equipe em todas etapas do processo.

O estudo limitou-se a descrição do processo de construção e implementação de uma ferramenta a partir do horizonte da equipe gestora do processo, não realizando uma pesquisa empírica com análise da eficácia ou falas dos sujeitos envolvidos; no entanto a experiência traduz um case de sucesso de práticas profissionais baseadas em processo de segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Segurança do Paciente. Como usar o método SBAR na transição do cuidado. 2019 jan [acesso em 2020 nov 26]. Disponível em: <https://www.segurancadopaciente.com.br/qualidade-assist/como-usar-o-metodo-sbar-na-transicao-do-cuidado/>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Instituição do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 2013 abr; Seção 1. 4 p.
3. Alves M, Melo CL. TRANSFERÊNCIA DE CUIDADO NA PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE UM PRONTO-SOCORRO. Rev Min Enferm. 2019; 10(2): 9.
4. Silva AEBC, Cassiane SHB, Miaso AI, Opitz SP. Problemas na comunicação: uma possível causa de erros de medicação. Acta Paul Enferm 2007; 20(3): 272-276.
5. Cornell P, Gervis MT, Yates L, Vardaman JM. Improving shift report focus and consistency with the situation,

- background, assessment, recommendation protocol. J Nurs Adm. 2013;43(7-8):422-428.
6. Girondi JBR, Cerqueira ML, Amante LN, Hammerschmidt KSA, Fernandez DLR, Palma APLBZ. Intercâmbio acadêmico internacional em enfermagem perioperatória: Relato de experiência na graduação. 2016; 20:6.
 7. Wachter, R.M. Princípios básicos para a segurança do paciente. In: WACHTER, R.M. Compreendendo a segurança do paciente. Artmed, 2010. 17(6): 213-228
 8. Silva EGC, Oliveira VC, Neves GBC, Guimarães TMR. O conhecimento do enfermeiro sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem: da teoria à prática. Rev Esc Enferm USP 2011; 45(6):1380-1386.
 9. Corrêa CSP, Viana CD, Bragas LZT, Trevisan ROS, Felin VDM. Auditoria em saúde: Utilização do Check List Para Monitoramento dos Registros e da Qualidade Assistencial. REV CONTEXTO & SAUDE 2011; 10(20): 723-726.
 10. Caldana G, Gabriel CS, Bernardes A, Pádua RX, Vituri DW, Rossaneis MA. Avaliação da qualidade de cuidados de enfermagem em hospital público. Ciências Biológicas e da Saúde 2013 Dez; 34(2):187-194.
 11. Souza MFG, Santos ADB, Monteiro AI. O processo de enfermagem na concepção de profissionais de Enfermagem de um hospital de ensino. Rev Bras Enferm 2013 Mar-Abr; 66(2): 167-173.



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 a busca pela excelência em saúde.

Propósito

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

Espera-se assim o estudo e promoção de estratégias em saúde que informem e debatam a importância de práticas excelentes da gestão, inovação e de sustentação ao negócio em saúde, bem como gerem valor ao paciente e profissional de saúde no contexto atual.

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

Equipe editorial

Editor chefe: Mara Márcia Machado

Editor executivo: Bruno Cavalcanti Farras

Editor científico: 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 metasíntese: 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: Direcionado aos comentários dos leitores sobre os trabalhos publicados no Jornal, expressando concordância ou discordância sobre o assunto abordado. Limitado 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, telefone e e-mail.
- **Resumo:** Somente na linguagem do manuscrito com até 1290 caracteres com espaços. Deve ser estruturado com as seguintes seções: Objetivo, Método, Resultados e Conclusão, exceto para estudos teóricos.
- **Descritores:** Três a seis descritores que identificam o assunto, seguindo a linguagem dos resumos; separados por um ponto e vírgula; e extraídos do vocabulário 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 todos estes tópicos serão obrigatórios:

- Deve conter o título, o resumo, os descritores e o texto. Não inclui a identificação de nenhum autor.
- **Conteúdo de texto:** introdução, método, resultados, discussão, conclusão e referências, apresentados em seções distintas. Os objetivos devem ser inseridos no final da Introdução.
- **Introdução:** Breve definição do problema estudado, justificando sua importância e as lacunas de conhecimento, a partir de referências atualizadas nacionais e internacionais.
- **Objetivo:** Principal foco do estudo.
- **Método:** Subdividir a seção nos tópicos: desenho do estudo; cenário populacional; critérios de seleção; definição da amostra (se aplicável); coleta de dados, análise e tratamento de dados, aspectos éticos.
- **Resultados:** Apresentação e descrição dos dados obtidos, sem interpretações ou comentários. Pode conter tabelas, gráficos e números para permitir uma melhor compreensão. O texto deve complementar ou destacar o que é mais relevante, sem repetir dados fornecidos nas tabelas ou números. O número de participantes faz parte da seção resultados.
- **Discussão:** Deve-se restringir-se aos dados obtidos e resultados alcançados, salientando aspectos novos e relevantes observados no estudo e discutindo o acordo e divergências para outras pesquisas publicadas nacionais e internacionais. Deve indicar as limitações do estudo e os avanços no campo de pesquisa.
- **Conclusão:** Deve ser direto, claro e objetivo, respondendo às hipóteses ou objetivos, e fundamentado nos resultados e na discussão. Não cite referências.
- **Referências:** Máximo de 30 (exceto em estudos de revisão, dependendo da estratégia de busca e seleção da inclusão do estudo). Seguem a proporção de 80% de artigos de revistas, com pelo menos metade deles indexados 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, indique 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:** Use 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>).

- Incluem apenas referências estritamente relevantes ao tema abordado, atualizadas (dos últimos 10 anos) e de abrangência nacional e internacional. Evite 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:** Restrito ao mínimo. Eles têm que ser citados na íntegra na primeira vez que ele aparece; e não use abreviaturas no título ou resumo.



SCIENCE

www.revistascience.com