



SCIENCE

Edição Especial de Aniversário | 3 anos

Vol. 4, No. 4 (out./dez. 2023) | Especial de Aniversário | 3 anos

GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE UM CONTEXTO GLOBALIZADO

SCIENCE

Vol. 4, No. 4 (out./dez. 2023) | Edição Especial de Aniversário | 3 Anos

Editor-chefe

Tatsuo Iwata Neto

Editora-executiva

Mara Márcia Machado

Editora Científica

Elizabeth Fernandes Reis

Comissão Editorial

Amanda Figueiredo Bittencourt

Carlos Eduardo Figueiredo

Luiz Eduardo Bettarello

Nick Guldemond

Peter Lachman

Comitê Científico

Andrea Fernandes Vieira

Lucianna Reis Novaes

Margareth Mollina

Michel Matos de Barros

Direção de arte - diagramação

DK Studio

Bia Gomes

Edição e revisão

Mariana Leite

Dalila Alves

Fotos

AdobeStock



Carta do editor

Caros leitores,

É com imenso orgulho e entusiasmo que escrevo a vocês nessa edição, em que celebramos o terceiro aniversário da **Revista Science**. Nesses três anos, testemunhamos avanços extraordinários na compreensão e na gestão dos serviços de saúde em um contexto globalizado.

Nossa jornada editorial nos permitiu explorar as complexidades e os desafios enfrentados por profissionais de saúde, pesquisadores e gestores no Brasil e no mundo. Na busca incessante por inovações, pudemos contar com especialistas renomados para oferecer uma visão abrangente das estratégias eficazes de gestão, considerando as nuances culturais e as disparidades que moldam o panorama global da saúde.

Esta edição especial destaca não apenas os triunfos, mas também as lições aprendidas com ricas experiências em diferentes partes do mundo. Abordamos as sinergias necessárias para alcançar uma gestão de serviços de saúde verdadeiramente eficaz, reconhecendo a interconexão vital entre as comunidades, as políticas de saúde e as avançadas descobertas científicas. Da China, dos Estados Unidos, da Itália, da Alemanha e do Brasil, trouxemos visões aprofundadas sobre a prática hospitalar, aspectos e impactos da legislação, análise comparativa entre países e até perspectivas filosóficas e sua relação com a gestão.

À medida que celebramos este marco significativo, renovamos nosso compromisso com vocês, nossos leitores. Continuaremos a fornecer análises perspicazes, pesquisas de ponta e pontos de vista fundamentados para capacitar todos os interessados na busca por sistemas de saúde mais robustos e equitativos.

Agradecemos sinceramente por sua contínua confiança na **Revista Science**. Juntos, exploramos as fronteiras do conhecimento científico e abraçamos a responsabilidade de moldar o futuro da gestão de serviços de saúde em um mundo cada vez mais interligado.

Com gratidão,

Prof. Dr. Tatsuo Iwata

Editor-chefe



Sumário

- 05 Editorial**
Gerenciando o cuidado para fazer a diferença
- 08 Artigo Original 1**
Avanço através da inovação de qualidade e colaboração por meio do compartilhamento "ganha-ganha"
- 13 Artigo Original 2**
Avaliação da associação entre cultura de segurança do paciente e satisfação com a vida em profissionais hospitalares não clínicos e clínicos no Brasil
- 27 Artigo Original 3**
O impacto da legislação na segurança do paciente: a experiência italiana
- 35 Relato de Experiência 1**
A filosofia alemã de gestão de segurança do paciente: relato da experiência de uma enfermeira brasileira em um hospital de Frankfurt
- 40 Relato de Experiência 2**
Economicidade de medicamentos oncológicos de alto custo sem redução da qualidade do tratamento
- 47 Relato de Experiência 3**
Utilização da escola filosófica estoica como ferramenta de gestão da enfermagem
- 53 Institucional**
- 54 Normas de submissão**

Gerenciando o cuidado para fazer a diferença

Peter Lachman

Professor de Melhoria da Qualidade no Royal College of Physicians of Ireland (RCPI); diretor do programa Leadership and Quality no RCPI; cofundador e presidente da Paediatric International Patient Safety and Quality Community; Dublin/Irlanda.

Tem ficado cada vez mais difícil entregar assistência em saúde de forma segura e efetiva. Uma parte desse problema está no sucesso dos serviços de saúde no tratamento de condições médicas que antes não eram tratáveis, bem como nas melhores condições socioeconómicas, que aumentam a expectativa de vida. Como resultado, as pessoas estão vivendo mais e com mais comorbidades, elevando a complexidade do atendimento de uma população que está envelhecendo. Ao mesmo tempo, as verbas e os recursos destinados à saúde não aumentaram proporcionalmente à crescente demanda. Mais importante: o modelo de assistência em saúde pensado para tratar doenças agudas não foi transformado em um modelo equipado para administrar doenças crônicas. Assim, há uma inconsistência entre a demanda por cuidados de alta qualidade e a capacidade de atender a essa demanda quando se precisa e da forma como se deseja.

Nesse contexto, um novo modelo de entrega do cuidado é necessário, a fim de garantir que as necessidades de assistência em saúde, tanto atuais como futuras, possam ser atendidas. Precisamos repensar os aspectos da qualidade, especialmente quando avaliamos o cumprimento de padrões. É consenso que os sistemas de saúde devem ser centrados nas pessoas, seguros, acessíveis e eficazes. Os novos desafios que têm surgido são os determinantes sociais da saúde – e a consequente inequidade na entrega do cuidado – e os impactos das mudanças climáticas¹. Trata-se de questões complexas que vinham sendo ignoradas e, agora, requerem soluções inovadoras. Todos esses aspectos precisam ser solucionados em contexto de restrição financeira.

Líderes e gestores de saúde devem trabalhar juntos para prestar serviços seguros^{2,3}. A fim de garantir sucesso na entrega de serviços de saúde, precisamos de diretrizes consistentes que fundamentem essa entrega. Nesta edição da **Revista Science**, os artigos abordam desafios futuros a partir de diferentes perspectivas. Os textos reconhecem a necessidade de planejar

para mudar, o que exige não só recursos, mas também diretrizes jurídicas e de governança.

Na Itália, a promulgação de uma lei sobre segurança do paciente buscou fazer a diferença nesse aspecto⁴. Ela tem sido parcialmente bem-sucedida no fornecimento das diretrizes de governança – que, agora, precisam ser amparadas por investimento financeiro, liderança e gestão nos níveis regional e local. Contudo, segurança significa mais do que aprovar uma legislação que aparente ser a solução. Uma lei é o estímulo para se chegar a uma solução, mas não é a resposta. Conquistar segurança depende de como as pessoas pensam – ou de suas convicções a respeito da possibilidade de atingir um cuidado mais seguro. E a experiência italiana também mostra que, para implementar uma lei, é necessário apoio estrutural.

A China criou um plano centralizado para qualidade e segurança. Assim como na Itália, o plano não vai se tornar realidade sem a adesão na linha de frente. Um exemplo de movimento para melhorar o cuidado em escala são os grupos colaborativos, que possibilitam que equipes clínicas aprendam umas com as outras. A principal lição é a da implementação em escala por meio de abordagem estruturada e desenvolvimento da disposição para mudar em vários lugares.

O cuidado centrado nas pessoas, ou cuidado humanizado, deve estar no centro de qualquer sistema de saúde futuro, o que vai exigir um realinhamento radical do poder, para que as pessoas recebam “autonomia” para controlar sua saúde, ao invés de o foco estar em administrar doenças. Isso se torna ainda mais importante se quisermos alcançar altos níveis de segurança. Artigos do Brasil e da Alemanha enfatizam a importância das pessoas e do foco na segurança do paciente. A experiência alemã indica que uma abordagem focada pode resultar em maior segurança se for bem planejada. Ao longo do último século, a saúde foi “industrializada” por meio da subespecialização. Embora isso gere resultados clínicos melhores, tratar pessoas como se fossem doenças, e não como pessoas

doentes ou com doenças, tem gerado insatisfação com a experiência do cuidado recebido. O cuidado centrado nas pessoas requer uma mudança de abordagem, de forma que bons resultados clínicos sejam obtidos de maneira integrada.

Precisamos refletir e mudar a forma de melhorar e entregar cuidado. Dos desafios apresentados em cada um desses artigos, podemos tirar várias conclusões. Primeiramente, precisamos de um arcabouço legal que nos permita entregar cuidado seguro e efetivo. Isso deve incluir financiamento para montar as estruturas voltadas à segurança, sendo um investimento antecipado para colher benefícios financeiros no futuro. A segunda

conclusão é que, para alcançar todos os aspectos da qualidade, precisaremos de padrões que sejam coproduzidos pelas pessoas que prestam e que recebem a assistência. A terceira é que, para entregar cuidado centrado nas pessoas em meio às mudanças na demanda, precisamos redesenhar o modelo de cuidado e coproduzir soluções com a sociedade civil, de forma que o cuidado possa ser entregue mais perto de onde as pessoas vivem – e de modo integrado. Por fim, temos que adotar os conceitos de melhoria contínua de serviços e coprodução. Precisamos que os profissionais de saúde sejam empoderados para que consigam entregar um cuidado confiável e eficiente em termos de segurança.

REFERÊNCIAS

1. Lachman P, Batalden P, Vanhaecht K. A multidimensional quality model: an opportunity for patients, their kin, healthcare providers and professionals to coproduce health. *F1000Research* [Internet]. 2020 [Cited 2023 Nov 22];9:1140. Available from: <https://doi.org/10.12688/f1000research.26368.3>.
2. Parand A, Dopson S, Renz A, Vincent C. The role of hospital managers in quality and patient safety: a systematic review. *BMJ open* [Internet]. 2014 [Cited 2023 Nov 22];4(9):e005055. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-005055>.
3. Quenon JL, Vacher A, Faget M, Levif-Lecourt M, Roberts T, Fucks I, et al. Exploring the role of managers in the development of a safety culture in seven French healthcare facilities: a qualitative study. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2020 [Cited 2023 Nov 22];20(1):517. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05331-1>.
4. Batalden P, Lachman P, von Plessen C, Johnson JK, García-Elorrio E. (2023). Coproduction of healthcare services-from concept to implementation. *IJQHC* [Internet]. 2023 [Cited 2023 Nov 23];35(4):mzad083. Available from: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzad083>.

Avanço através da inovação de qualidade e colaboração por meio do compartilhamento "ganha-ganha"

Tinfang Liu

Diretor-fundador e professor emérito da Academia Chinesa de Ciências Médicas e da Faculdade de Medicina da União de Pequim; fundador do Instituto de Gestão Hospitalar da Universidade de Tsinghua; membro da Academia Internacional de Qualidade & Segurança (IAQS); especialista da Sociedade Internacional de Qualidade em Saúde (ISQua); presidente da Federação Chinesa de Gestão de Qualidade Hospitalar; presidente da Filial de Medicina e Saúde da Associação Chinesa de Qualidade; presidente da Aliança Chinesa de Turismo Internacional de Saúde; membro do Comitê Consultivo de Especialistas do Grupo Líder para o Aprofundamento da Reforma do Sistema Médico e de Saúde do Conselho Estatal da China e Administração Estatal de Medicina Tradicional Chinesa.

Resumo

No geral, a China teve um progresso significativo na qualidade da assistência à saúde nas últimas décadas, mas há mais desafios no futuro. As conquistas do passado construíram o alicerce para o futuro. Assim como com outros países em desenvolvimento e na cooperação sul-sul, a China e o Brasil se respeitam reciprocamente e trabalham juntos para benefício mútuo desde o estabelecimento de suas relações diplomáticas, em 1974. Em abril de 2023, o presidente Xi Jinping e o presidente Luiz Inácio Lula da Silva emitiram uma declaração conjunta sobre o aprofundamento de ampla parceria estratégica. Citando Heráclito de Éfeso, "A única constante é a mudança". A pandemia de covid-19 nos ensinou que as doenças são inimigas comuns dos humanos. Cooperação e compartilhamento podem nos ajudar a melhorar efetivamente a qualidade da assistência à saúde e construir um sistema de saúde resiliente, de alta qualidade e centrado na pessoa. Que o intercâmbio contribua para a melhoria da qualidade e fortaleça a cooperação entre nós. Este artigo apresenta uma breve introdução à qualidade da assistência à saúde na China, com o objetivo de demonstrar seus desafios da qualidade em saúde via inovação, assim como de estabelecer a colaboração a partir do compartilhamento "ganha-ganha" da experiência chinesa.

Palavras-chave: Qualidade em saúde; Avaliação hospitalar; China.

INTRODUÇÃO

A China construiu uma rede de assistência à saúde cobrindo toda sua população de 1,4 bilhão de pessoas, a maior do mundo. Com o desenvolvimento da economia social e o crescimento das necessidades de saúde da população, a qualidade da assistência à saúde tem se tornado gradativamente um foco de atenção no país, onde as necessidades médicas e de segurança tornaram-se as principais demandas das pessoas após necessidades fisiológicas, como alimentação e vestuário, serem amplamente atendidas com a erradicação da pobreza em 2020.

Segundo artigo publicado em 2017 no periódico *The Lancet*, o Índice de Acesso e Qualidade da Saúde (1990-2015) reconheceu a China como um dos três países que tiveram progresso mais notável, saindo da 110^a para a 60^a posição no ranking, apesar da crescente demanda de assistência à saúde¹.

O DESENVOLVIMENTO DA QUALIDADE EM SAÚDE NA CHINA

1. História do desenvolvimento da qualidade em saúde chinesa

Desde a fundação da República Popular da China, em 1949, até a década de 1980 – o início do período de “reforma e abertura” –, a China estabeleceu um sistema único de saúde. Com a promoção da reforma e abertura, prestou-se atenção sistemática à gestão de qualidade, que, consequentemente, melhorou. Em 1992, o então Ministério da Saúde propôs o Ano da Gestão Hospitalar para ações de melhoria da qualidade dos serviços médicos centrados no paciente, definindo a direção da abrangente qualidade na gestão de saúde na China.

No século XXI, a qualidade na gestão de saúde chinesa entrou em uma nova era de melhoria ampla, sistemática e contínua, semelhante à de outros países do mundo. Primeiramente, com o rápido desenvolvimento econômico, as pessoas passaram a exigir um padrão mais alto de qualidade na saúde. Em segundo lugar, o progresso da medicina propriamente dita e a transformação dos modelos de assistência levaram a China a definir, em 2009, novas reformas médicas como meta. O objetivo é estabelecer um sistema básico de assistência, incluindo os quatro sistemas: saúde pública, serviço médico, segurança médica e segurança de abastecimento farmacêutico.

Em 2016, o Estado publicou o método de qualidade na gestão de saúde, um importante marco visando a promover (i) a gestão de qualidade total (TQC) por meio do ciclo de qualidade PDCA (sigla em inglês para Planejar, Fazer, Verificar, Agir), (ii) o círculo de controle de qualidade (QCC, na sigla em inglês), (iii) grupos de pessoas com diagnóstico semelhante (*diagnosis-related groups*, ou DRGs), (iv) a avaliação de desempenho, (v) o gerenciamento de doença única, (vi) a gestão de protocolos assistenciais, entre outras ferramentas de qualidade na gestão de saúde.

2. Principais fatores que afetam o desenvolvimento da qualidade em saúde na China

Os principais fatores que influenciam o desenvolvimento da qualidade em saúde na China incluem (i) o ambiente político, (ii) o nível técnico, (iii) a qualidade dos profissionais e (iv) as necessidades do paciente, entre outros aspectos.

(i) As políticas, as regulamentações e os padrões governamentais fornecem proteção jurídica e direcionamento para a qualidade na gestão de saúde. Entre os exemplos, estão as regulamentações de gestão de instituições médicas, as medidas para gestão de infecção hospitalar, os padrões básicos de preenchimento do prontuário médico etc., cada

um fornecendo forte proteção jurídica para a qualidade na gestão de saúde.

- (ii) O nível técnico é um fator-chave que afeta o desenvolvimento da qualidade em saúde. Atualmente, o modelo de assistência médica da China está constantemente inovando e melhorando, com a introdução da junta multidisciplinar de diagnóstico e tratamento, da medicina remota etc.
- (iii) Atualmente, o nível de qualidade e habilidade dos profissionais da saúde na China está em constante melhoria, mas ainda há necessidade de fortalecer a formação e a gestão homogêneas, integradas e centradas na pessoa para desenvolver a qualidade em saúde.
- (iv) Deveríamos sempre aderir ao conceito de assistência centrada no paciente, pois o paciente não só é o beneficiário direto dos serviços médicos, como também seu melhor avaliador. Portanto, no futuro, prestaremos mais atenção às pesquisas de satisfação das necessidades do paciente e fortaleceremos a melhoria contínua e desenvolvimento inovador.

3. O desafio da qualidade em saúde na China

Nos últimos anos, o nível geral da qualidade em saúde na China apresentou uma tendência constante de crescimento, com queda nos principais indicadores, como taxa de mortalidade hospitalar, taxa de mortalidade cirúrgica e taxa de infecção hospitalar. A tecnologia médica chinesa atingiu nível internacional avançado em algumas áreas, como transplante de órgãos, cirurgia minimamente invasiva e diagnóstico genético. Entretanto, ainda há vários desafios, tais como:

a) Descompasso entre oferta e demanda dos serviços médicos – Com o envelhecimento da população e o número crescente de pacientes com doenças crônicas na China, o descompasso entre oferta e demanda dos serviços médicos persistirá por bastante tempo.

b) Comunicação médico-paciente – É crucial compartilhar conhecimentos médicos com o paciente e familiares, melhorar as habilidades de comunicação e promover a capacitação dos prestadores de assistência à saúde. Com isso, será possível estabelecer uma boa comunicação e uma relação de confiança entre médicos e pacientes, favorecer um tratamento colaborativo médico-paciente e garantir qualidade em saúde.

c) Desenvolvimento colaborativo da medicina & educação – O treinamento de conceitos e habilidades de qualidade em saúde devem ser integrados à formação médica na graduação e pós-graduação, assim como durante toda a carreira do médico.

d) Desenvolvimento homogêneo entre diferentes regiões da China – O vasto território e as significativas diferenças regionais tornam muito importantes a cooperação, a inovação e o compartilhamento. O país tem empenhado grandes esforços para disseminar a educação. O autor também tem conduzido iniciativas benéficas nesse sentido.

4. Concurso de ferramentas de gestão de qualidade para melhoria da qualidade em saúde

Em 2013, o autor liderou centenas de hospitais de todo o país para que juntamente estabelecessem a Federação Chinesa de Gestão de Qualidade Hospitalar (antiga Federação Chinesa do Círculo de Controle de Qualidade Hospitalar). Juntas, as instituições realizaram o primeiro Concurso Nacional de Círculo de Controle de Qualidade (QCC) Hospitalar, em parceria com o Instituto de Gestão Hospitalar da Universidade Tsinghua. O QCC é uma ferramenta moderna de gestão de qualidade cujo objetivo é melhorar a qualidade da assistência e a segurança do paciente por meio de trabalho em equipe, da melhoria contínua e da inovação. O Concurso de QCC fornece uma plataforma para hospitais de todo o país mostrarem e compartilharem resultados do controle de qualidade. Ao mesmo

tempo, promove a aprendizagem e colaboração entre hospitais sobre a gestão de qualidade.

Entre as várias ferramentas de gestão de qualidade hospitalar, o QCC tornou-se uma das opções mais usadas pelas instituições médicas chinesas devido a sua forte padronização, praticidade, facilidade de aprendizagem e ampla adaptabilidade. Sua aplicação tem sido um grande estímulo ao entusiasmo e à criatividade das equipes médicas de linha de frente na participação da melhoria contínua da qualidade hospitalar.

Até o momento, mais de 8 mil hospitais já usaram ferramentas de gestão de qualidade em mais de 100 mil grupos de QCC, e quase 1 milhão de profissionais da saúde aplicaram ferramentas de gestão como os QCCs para a melhoria contínua da qualidade em saúde. Com a aplicação dos QCCs e a promoção de concursos, instituições de saúde conseguem identificar problemas sistematicamente, melhorar a satisfação do paciente e a qualidade do serviço médico e disseminar conhecimentos e habilidades relevantes. Um número significativo de talentos recebeu treinamento em qualidade na gestão de saúde. Instituições de saúde perceberam que precisam implementar ferramentas de controle de qualidade, realizando autoavaliações e melhorias de qualidade contínuas. Isso fomenta a aplicação de diversas ferramentas de gestão de qualidade nos hospitais chineses, além de impulsionar a inovação do QCC e o desenvolvimento de novas normas e padrões.

5. Promoção de instituições de avaliação externa para melhorar a qualidade em saúde

A avaliação externa de hospitais é um dos sistemas eficazes para supervisão externa da qualidade em saúde. Já em 2008, a província de Hainan tornou-se a primeira a estabelecer uma instituição independente de avaliação hospitalar na China, sendo que o autor foi seu diretor. O autor acredita que é fundamental estabelecer um mecanismo permanente de avaliação hospitalar. A aplicação da metodologia *tracer* é crucial,

sendo que a formação de uma equipe de especialistas em avaliação pela metodologia *tracer* é garantia de sucesso. Além disso, múltiplas ferramentas de gestão devem ser aplicadas sistematicamente – inclusive metodologia *tracer*, análise de causa-raiz (RCA) e QCC – para melhorar a efetividade da qualidade em saúde a partir de diferentes perspectivas e níveis.

6. Melhoria da qualidade da assistência à saúde pelo desenvolvimento educacional e qualificação

Geralmente, a gestão de qualidade cobre vários aspectos, desde a tecnologia médica até a satisfação do paciente, passando por todo o processo de assistência. O objetivo é garantir que os pacientes recebam serviços médicos abrangentes e de alta qualidade. O conceito de gestão de saúde de qualidade aqui adotado tem o paciente no centro, a segurança na base, a gestão abrangente e de qualidade como meio e a melhoria contínua como meta. Isso inclui o fortalecimento da participação do paciente, pesquisas de satisfação, promoção da comunicação médico-paciente, melhoria da experiência médica e bem-estar. Assim, o autor fundou o Instituto de Gestão Hospitalar da Universidade Tsinghua em 2013 e, em 2019, estabeleceu o Departamento de Liderança Hospitalar e Gestão da Faculdade de Medicina da União de Pequim, que tem formado muitas pessoas altamente talentosas.

A aprendizagem a partir da experiência internacional é uma forma importante de promover o desenvolvimento da qualidade em saúde na China por meio da inovação. É necessário fortalecer a cooperação e o intercâmbio sobre questões de qualidade com instituições internacionais de gestão de saúde. Isso inclui:

- Fortalecer a cooperação e o intercâmbio de experiências com instituições internacionais de gestão de qualidade em saúde, como a Sociedade Internacional de Qualidade em Saúde (ISQua);
- Organizar equipes profissionais para visitar instituições avançadas no exterior;
- Introduzir os conceitos e métodos mais recentes, como ferramentas inovadoras de gestão de qualidade.

Isso irá melhorar continuamente a qualidade em saúde na China.

Desde 2017, desenvolvemos cooperação estreita com a ISQua e outras instituições internacionais de qualidade. Realizamos o primeiro concurso internacional de QCC em Boao, Hainan, em 2018 e participamos do desenvolvimento das normas do primeiro concurso internacional de melhoria de qualidade da ISQua, realizado na Cidade do Cabo, África do Sul, em outubro de 2019. O autor foi convidado para ser copresidente e juiz-chefe do concurso, sendo que uma equipe da China ganhou o prêmio principal. Esses intercâmbios internacionais são abertos e todos se beneficiam.

REFERÊNCIAS

1. GBD 2015 Healthcare Access and Quality Collaborators. Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990-2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* [Internet]. 2017 Jul 15 [Cited 2023 Nov 27];390(10091):231-266. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)30818-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)30818-8/fulltext).

Avaliação da associação entre cultura de segurança do paciente e satisfação com a vida em profissionais hospitalares não clínicos e clínicos no Brasil

Jourdan Banks

Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Política Pública da Florida International University; Miami, Estados Unidos.

Danilo Oliveira da Silva

Administrador hospitalar; doutorando em Saúde Pública na Universidad de Ciencias Empresariales e Sociales; mestrado em Administração pela Universidad del Mar; especialização em Gestão da Qualidade em Saúde pela Faculdade Inesp; conselheiro profissional em entidades gestoras de hospitais no Brasil; professor no Mestrado em Saúde Pública da Universidad del Valle (Colômbia); Pró-Saúde – Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar; São Paulo/SP.

Alejandro Arrieta

Economista sanitário e docente do Departamento de Saúde Global da Florida International University; consultor da Organização Pan-Americana de Saúde, do Banco Interamericano de Desenvolvimento e do Banco Mundial em projetos de qualidade do cuidado, atenção primária e redução de riscos de desastres na América Latina e no Caribe; diretor da Healthcare Management Americas (HMA); Miami, Estados Unidos.

Resumo

Este artigo teve como objetivo examinar a associação da satisfação da equipe profissional hospitalar clínica e não clínica com a vida na cultura de segurança do paciente, bem como o impacto da primeira sobre a segunda. O estudo utilizou dados secundários da *Healthcare Management Americas* (HMA) coletados junto a equipes hospitalares no Brasil. A pesquisa da HMA inclui a *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (Sondagem Hospitalar sobre Cultura de Segurança do Paciente – HSOPS) da *Agency for Healthcare Research and Quality* (Agência de Pesquisa e Qualidade em Saúde – AHRQ) e uma pergunta sobre satisfação com a vida. Os resultados indicaram que as dimensões da segurança do paciente (trabalho em equipe, aprendizagem organizacional, abertura da comunicação e avaliação de segurança do paciente) estão associadas a um aumento significativo na satisfação da equipe hospitalar com a vida. Concluiu-se que a cultura de segurança do paciente tem impacto positivo na qualidade de vida dos trabalhadores hospitalares no Brasil e que a presença dessas dimensões auxilia a equipe de saúde a lidar com a demanda emocional, a exaustão emocional e o estresse no trabalho.

Palavras-chave: Segurança do paciente; Satisfação com a vida; Burnout; Equipe hospitalar.

INTRODUÇÃO

Pesquisas recentes identificaram o *burnout* e a satisfação dos profissionais de saúde com a vida como possíveis fatores que afetam a segurança do paciente dentro dos hospitais¹. Este artigo teve como objetivo examinar a associação da cultura de segurança do paciente com a satisfação de profissionais de saúde clínicos e não clínicos com a vida, bem como o impacto desta sobre a segurança do paciente. Para tanto, foram utilizados dados de inquéritos com equipes hospitalares no Brasil que avaliaram a relação entre a satisfação com a vida e a cultura de segurança do paciente dentro dos hospitais.

Países no mundo todo começaram a estudar *burnout* e satisfação com a vida em hospitais. Pesquisas indicam que países com renda mediana, como o Brasil, experimentam níveis mais altos de *burnout* e maiores desafios envolvendo o cuidado do paciente². A cultura de segurança hospitalar é vital para mitigar e reduzir danos em ambientes de assistência à saúde. Relatos indicam que profissionais hospitalares perceberam

que a cultura de segurança do paciente se correlaciona com eventos adversos e complicações hospitalares³. De acordo com a pesquisa *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (Sondagem Hospitalar sobre Cultura de Segurança do Paciente – HSOPS), da *Agency for Healthcare Research and Quality* (Agência de Pesquisa e Qualidade em Saúde – AHRQ), em dez dos 12 hospitais avaliados, escores mais altos de cultura de segurança do paciente se correlacionaram a maiores escores de experiência do paciente³.

Além da HSOPS-AHRQ, outras pesquisas demonstraram que o estresse, o *burnout* e a exaustão de equipes da saúde pública afetam negativamente a cultura de segurança do paciente. Vinte e dois estudos descobriram que o *burnout* está correlacionado com a cultura de segurança do paciente e com erros médicos e clínicos⁴. Dois desses 22 estudos descobriram que o *burnout* está associado e impacta o cuidado do paciente^{4,5}. E um deles mostrou que profissionais da saúde pública estão estressados e que suas jornadas de trabalho podem levar rapidamente à exaustão, correlacionada com cuidados inadequados e, portanto,

danos desnecessários ao paciente; o estudo constatou, ainda, que o *burnout* afeta aproximadamente 80,5% de todos os médicos e pelo menos 30% de todos os enfermeiros⁵.

Embora tais estudos tenham demonstrado que a cultura de segurança do paciente se correlaciona com o *burnout* dos profissionais, ainda é um desafio avaliar o *burnout* em relação à cultura de segurança do paciente, especialmente em países de renda média, como o Brasil. Ao contrário do *burnout*, a satisfação dos trabalhadores hospitalares com a vida pode ser medida de forma mais tangível e precisa, por meio da satisfação no trabalho, do equilíbrio entre vida pessoal e profissional e da satisfação geral com a vida de um indivíduo⁶. O estudo transversal de Schwartz et al. mediou o equilíbrio e a integração entre vida pessoal e profissional como indicadores indiretos para *burnout* e estresse. O estudo, entre outros objetivos, pretendeu medir a associação do equilíbrio entre vida pessoal e profissional com clima, *burnout* e segurança, a partir de uma pesquisa realizada em 2016 junto a mais de 10 mil profissionais de saúde em 440 serviços do sistema de saúde acadêmico nos Estados Unidos. Ao usar o equilíbrio entre vida pessoal e profissional como medida direta e indireta do *burnout*, o estudo concluiu que o equilíbrio positivo entre vida pessoal e profissional e a integração entre elas estão associados a resultados mais favoráveis da cultura de segurança⁶.

Já o estudo de Uchmanowicz et al., publicado em 2019, utilizou satisfação com a vida e satisfação no trabalho para medir o *burnout* em 350 enfermeiros. Os pesquisadores mediram a satisfação com a vida com uma escala associada à satisfação baseada no trabalho, satisfação com a vida geral e orientação geral da vida. Com base em sua satisfação com a vida, o *burnout* geral para enfermeiros foi de 34,67 em 100 pontos. Além disso, a pesquisa destacou que o maior nível de *burnout* foi relacionado com esgotamento emocional e exaustão, perfazendo 39,14 pontos em 100. O estudo concluiu que utilizar a satisfação no trabalho e a

satisfação com a vida dos indivíduos era uma maneira mais precisa e acessível de medir o *burnout*².

O estudo realizado por Lu et al. em 2022 descobriu que 19% da variação na cultura de segurança do paciente poderia ser explicada pelo equilíbrio entre vida pessoal e profissional, e 55% poderia ser explicada pelo esgotamento da equipe⁷.

No entanto, mais pesquisas são necessárias para avaliar como a satisfação com a vida está associada à cultura de segurança do paciente. Este artigo pretendeu diminuir essa lacuna respondendo às questões de pesquisa: Qual é a relação entre satisfação com a vida e cultura de segurança do paciente entre trabalhadores hospitalares no Brasil? Nossa hipótese foi que três componentes específicos da cultura de segurança do paciente estão associados à satisfação com a vida: trabalho em equipe, aprendizagem organizacional e abertura de comunicação. A literatura sobre cultura de segurança do paciente indica que a cultura de segurança do paciente está associada a variáveis como resolução de problemas, comunicação e valores organizacionais. Espera-se que a equipe de saúde, mais satisfeita com sua vida, lide melhor com as demandas emocionais, com a exaustão emocional e com o estresse do trabalho e, portanto, tenha uma perspectiva melhor das dimensões da cultura de segurança que dependem mais da comunicação e interação com os colegas de trabalho.

Foram utilizados dados primários de uma rede hospitalar no Brasil, coletados pela *Healthcare Management Americas* (HMA) em colaboração com a Pró-Saúde, organização sem fins lucrativos com mais de 50 anos de experiência no gerenciamento de hospitais. A HMA coletou dados de toda a equipe da rede sobre a cultura de segurança do paciente e sua satisfação geral com a vida. O instrumento utilizado foi o AHRQ-HSOPS, versão 2, traduzido para o português e adaptado culturalmente para hospitais brasileiros. A HMA fez uma parceria com a Pró-Saúde, que distribuiu a pesquisa para 4.152 funcionários hospitalares

clínicos e não clínicos de oito hospitais localizados no Paraná e Minas Gerais. Desses oito hospitais, sete atendiam o Sistema Único de Saúde e um atendia apenas usuários de planos de saúde. Todos os hospitais seguem as políticas corporativas de segurança do paciente e certificação de qualidade da Pró-Saúde, que controla as ações e indicadores de segurança do paciente para toda a sua operação no Brasil.

A pesquisa AHRQ-HSOPS incluiu questões sobre 10 dimensões da cultura de segurança do paciente, com 32 itens representando as dimensões da cultura de segurança do paciente. Também incluiu perguntas de fundo e uma questão sobre satisfação com a vida que perguntava à equipe, em uma escala de 0 a 7: "Em geral, quanto satisfeito você está com sua vida?"

REFERENCIAL TEÓRICO: TRABALHO EMOCIONAL E RESPOSTA A CRISES

À medida que pesquisadores e teóricos da saúde pública começaram a investigar como a satisfação dos trabalhadores hospitalares com a vida se correlaciona com os resultados dos pacientes, pesquisadores da administração pública também começaram a investigar como o estresse e o trabalho emocional afetam os funcionários do setor público e os indivíduos que eles atendem. As estudiosas da administração pública Mastracci, Guy e Newman ampliaram a literatura anterior sobre trabalho emocional no setor privado para examinar sua realização no setor público⁸, explicando o que é trabalho emocional e como ele é realizado em locais de trabalho emocionalmente intensos. No livro *Emotional Labor and Crisis Response: working on the razor's edge*⁹, as autoras destacam a realização de trabalho emocional por funcionários públicos examinando uma série de funções desempenhadas no setor público, como equipes de serviços de emergência, profissionais do Conselho Tutelar, agentes penitenciários, serviços telefônicos de prevenção ao

suicídio, paramédicos e abrigos para vítimas de violência doméstica. A obra examina o impacto do trabalho emocional na tomada de decisões no setor público, destacando que o trabalho emocional exige que o trabalhador regule suas emoções para a efetividade do trabalho. Por exemplo, a realização de trabalho emocional entra em jogo no campo da saúde pública quando as habilidades emotivas de um enfermeiro o impedem de exibir emoções negativas ao entregar o resultado de um óbito. O enfermeiro nessa situação regula suas emoções para garantir a continuidade do fluxo organizacional de seu ambiente de trabalho, porém a constante supressão de suas emoções pode levá-lo ao *burnout*.

Mastracci, Guy e Newman utilizam uma abordagem combinada de métodos, com dados qualitativos e quantitativos. As autoras realizaram 43 entrevistas com profissionais de resposta a crises em dez áreas ocupacionais altamente estressantes do setor público, incluindo socorristas de emergências, profissionais do Conselho Tutelar, agentes penitenciários e profissionais de serviços de proteção à criança. Essas entrevistas tiveram o objetivo de estudar como os servidores públicos realizam o trabalho emocional diariamente.

Trabalho emocional é "o esforço para exibir emoções apropriadas e suprimir emoções inadequadas no trabalho, onde 'apropriadas' e 'inadequadas' são definidas pelas normas da ocupação"¹⁰. Assim, o trabalho emocional é a gestão das emoções apropriadas como parte do trabalho de um servidor público. Mastracci, Guy e Newman escrevem: "Trabalho emocional é a gestão do sentimento para criar uma expressão facial e corporal pública necessária para realizar o próprio trabalho" (p.4, tradução nossa)⁹. Espera-se que as pessoas que trabalham no setor público reprimam suas emoções genuínas e retratem emoções aceitáveis para o local de trabalho, gerenciando suas próprias emoções e daqueles a quem estão servindo, especialmente em profissões intensas⁹.

Dentro do trabalho emocional, as pessoas usam diferentes estratégias para regular, suprimir ou evocar emoções⁹. Essas estratégias incluem modificação da situação, atenção focada e modificação da resposta.

A **modificação da situação** ocorre quando o trabalhador tenta mudar uma situação para alterar a resposta emocional daqueles a quem atende. Por exemplo, em uma situação médica, isso pode ser o esforço de um paramédico para se manter positivo e tranquilizar a vítima tentando mudar a resposta emocional da vítima. A modificação da situação pode se manifestar com o paramédico dizendo "Você consegue lidar com isso. Vai dar tudo certo" para a vítima.

A **atenção focada** é a capacidade do profissional de direcionar sua atenção em uma situação para influenciar suas emoções. Um exemplo são funcionários públicos tentando se distrair para afastar sua atenção de suas emoções genuínas.

E a **modificação da resposta** é o servidor público tentando influenciar a reação psicológica ou comportamental de alguém. Um exemplo é um paramédico tentando se manter positivo e provocar o mesmo na vítima. O paramédico realiza um trabalho emocional quando tenta modificar as emoções dele e da vítima. Os funcionários públicos, especificamente os que lidam com crises, devem compreender as "regras não escritas dos sentimentos" para si mesmos e para aqueles a quem atendem⁹.

Entretanto, o trabalho emocional nem sempre precisa terminar em *burnout*. Os servidores públicos tanto podem ficar exaustos pela demanda emocional, como podem ser "energizados" por ela. Sua resposta às demandas emocionais está associada ao gerenciamento e ao enfrentamento dessas demandas⁹.

Profissionais que respondem a crises e trabalham em situações estressantes devem usar todos os seus "músculos emocionais" simultaneamente, o que pode afetar a objetividade do desempenho no trabalho e das emoções (p.8)⁹. As autoras destacam que a linha

cognitiva entre emoção e raciocínio não é tão clara quanto se poderia supor, e a regulação das emoções afeta a função cognitiva (p.8)⁹. "A relação entre emoção e cognição revelou as consequências cognitivas da regulação emocional e concluiu que a supressão emocional prejudicou a memória para as informações encontradas enquanto os indivíduos inibiam o comportamento expressivo emocional contínuo" (p.8, tradução nossa)⁹.

O presente artigo examinou a realização desse trabalho emocional por profissionais de saúde que respondem a eventos traumáticos diariamente. O corpo clínico e o não clínico de hospitais no Brasil foram tomados como exemplos de profissionais de resposta a crises. Com as respostas da pesquisa e do questionário de satisfação com a vida, analisou-se o trabalho emocional das equipes de saúde e como ele se correlaciona com a cultura de segurança do paciente dentro dos hospitais e a satisfação de vida desses trabalhadores hospitalares.

Neste artigo, a satisfação de vida de trabalhadores hospitalares é definida como satisfação geral com a vida, que incorpora tanto a satisfação fora do espaço de trabalho quanto a satisfação com o trabalho. Espera-se que a satisfação com o trabalho se correlacione com o *burnout*².

Outros conceitos relevantes neste estudo são: *burnout*, que é o colapso mental e físico devido à exaustão que se experimenta por estar sobrecarregado ou estressado¹¹; e cultura de segurança do paciente em ambientes da saúde pública, que prioriza a segurança do paciente para garantir que ele não receba assistência prejudicial e adversa devido a erros que possam ser mitigados¹, bem como se estende aos valores mútuos dos funcionários do hospital sobre o que é importante, seus valores no fluxo e nas operações da organização e a relação entre os valores compartilhados dos funcionários e as operações da instituição – todos esses itens contribuem para a cultura de segurança do paciente dentro do ambiente de trabalho¹².

METODOLOGIA

Desenho da pesquisa

Para responder às perguntas de pesquisa – qual é o impacto da dimensão da cultura de segurança do paciente na satisfação de vida dos trabalhadores hospitalares no Brasil; se a cultura de segurança do paciente impacta significativamente a satisfação com a vida autorrelatada pelos trabalhadores hospitalares no Brasil; e qual é a relação entre satisfação com a vida e cultura de segurança do paciente –, este artigo utilizou dados secundários coletados pela *Health Management Americas* (HMA) de abril de 2023 a maio de 2023. A HMA coletou dados primários de pesquisa sobre cultura de segurança do paciente e satisfação geral com a vida em oito hospitais brasileiros administrados por uma organização de gestão hospitalar sem fins lucrativos. A HMA distribuiu uma versão em português do AHRQ-HSOPS (versão 2). O instrumento foi traduzido do inglês e adaptado culturalmente para aplicação em hospitais brasileiros por pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)¹³. O questionário traduzido e validado foi posteriormente ajustado por meio de um pré-teste e análise de grupo focal formado por 20 especialistas em segurança do paciente da Pró-Saúde. A pesquisa da HMA incluiu o questionário ajustado e perguntas sobre gênero, raça e satisfação com a vida. Ao todo, 4.152 funcionários clínicos e não clínicos de todos os oitos hospitais da rede no Brasil receberam o questionário da HMA em versão *on-line*. A pesquisa foi respondida por 2.434 funcionários clínicos e não clínicos dos hospitais, representando taxa de resposta de 59%. Dos funcionários hospitalares que responderam à pesquisa, 39% eram enfermeiros, 13% eram médicos, 12% ocupavam outros cargos clínicos, 30% ocupavam cargos não clínicos e 6%, cargos gerenciais. Quanto à área de trabalho dos que responderam ao inquérito, 19% deles atuavam em unidades médicas; 26%, em unidades de

assistência a pacientes; 12%, em unidades de apoio clínico; 15% trabalhavam na administração; 6%, em serviços cirúrgicos; e 23% atuavam em serviços de apoio não clínico. A pesquisa também contabilizou o tempo de trabalho no hospital (de menos de um ano a mais de 11 anos), tempo de trabalho na área, carga horária semanal e tempo de contato com pacientes, além de perguntas sobre raça e gênero.

O AHRQ-HSOPS, versão 2, avalia a cultura de segurança em dez dimensões, que incluem (i) apoio dado por supervisores ou líderes clínicos para a segurança do paciente, (ii) trabalho em equipe, (iii) comunicação e receptividade, (iv) notificação de eventos relacionados à cultura de segurança do paciente, (v) aprendizagem organizacional/melhoria contínua, (vi) apoio da administração hospitalar para a segurança do paciente, (vii) resposta a erros, (viii) transferência/troca de informações e equipe e ritmo de trabalho, (ix) nível de avaliação da segurança do paciente e (x) número de eventos de segurança do paciente registrados. Dentro da pesquisa, cada dimensão de segurança do paciente foi determinada por 32 itens individuais. Utilizando a versão em inglês do AHRQ-HSOPS como parâmetro, a partir da Seção B da pesquisa, esses 32 itens foram agrupados a partir das questões A1-F6, com cada seção fazendo perguntas sobre itens que contribuem para dimensões específicas da cultura de segurança do paciente.

Dentro de cada seção da pesquisa, foram feitas perguntas aos entrevistados sobre seu ambiente de trabalho, e cada pergunta foi atribuída a uma dimensão da cultura de segurança do paciente. Os respondentes podiam responder de 1 a 5: discordo totalmente, discordo, não concordo nem discordo, concordo ou concordo totalmente. Além das questões sobre a cultura de segurança do paciente, a pesquisa incluiu uma questão de satisfação com a vida, em uma escala de 0 a 7: "Em geral, quão satisfeito você está com sua vida?".

Como medida de verificação de qualidade, não foram incluídos os resultados de pesquisa respondidos por menos de três respondentes; se menos de cinco respondentes estão em uma posição e menos de três respondentes responderam aos elementos que formam o componente, os resultados não incluiriam componentes para essa posição; e, se menos de cinco respondentes em uma unidade e menos de três respondentes responderam ao elemento espaço de trabalho da unidade, os resultados não foram incluídos. As respostas que continham “não se aplicam” ou “não sei” foram contabilizadas como não respondidas e, portanto, marcadas como tal. Como verificação de qualidade, todos os dados de pesquisa que caíam nessas jurisdições foram eliminados.

Medidas

A variável independente é a satisfação com a vida, e a variável dependente intercambia com base na dimensão da cultura de segurança do paciente. Ao examinar a primeira hipótese – quanto mais trabalho em equipe, maior a satisfação com a vida –, a variável dependente é o trabalho em equipe e a variável independente, a satisfação com a vida. Para a segunda hipótese – quanto maior a aprendizagem organizacional, maior a satisfação com a vida –, a variável dependente é a aprendizagem organizacional e a variável independente, a satisfação com a vida. Para a terceira hipótese – quanto mais aberta a comunicação, maior a satisfação com a vida –, a variável dependente é a abertura da comunicação e a variável independente, a satisfação com a vida. E, para a quarta hipótese – quanto maior a segurança do paciente, maior a satisfação com a vida –, a variável dependente é a avaliação de segurança do paciente e a variável independente é a satisfação com a vida. As variáveis de controle para este trabalho incluíram raça, sexo, anos de trabalho no hospital, estabilidade, horas trabalhadas por semana e contato direto com o paciente. Essas variáveis

foram utilizadas como variáveis de controle, uma vez que este artigo pretendia levar em conta fatores demográficos e laborais que pudessem contribuir para a satisfação de vida da equipe hospitalar, além da cultura de segurança do paciente.

Como já mencionado, a dimensão de cultura de segurança do paciente foi determinada por 32 itens. Cada pergunta da pesquisa poderia ser atribuída a um ou vários desses itens para determinar qual dimensão da cultura de segurança do paciente estava sendo utilizada. Este artigo combinou itens usando o guia AHRQ-HSOPS para determinar quais perguntas se relacionavam com quais dimensões da cultura de segurança do paciente.

O guia do AHRQ-HSOPS afirma que, para mensurar a dimensão trabalho em equipe na cultura de segurança do paciente, os itens sobre trabalho em equipe, que incluem as perguntas A1 (sobre o trabalho em equipe efetivo), A8 (sobre o trabalho em equipe nos horários de maior movimento) e A9 (sobre comportamento desrespeitoso), devem ser combinados para dar conta dessa dimensão. Portanto, este trabalho combinou os itens A1, A8 e A9 para gerar a variável combinada de trabalho em equipe, que inclui todos os itens combinados que determinam a dimensão trabalho em equipe na segurança do paciente.

A dimensão de aprendizagem organizacional da cultura de segurança do paciente combinou os itens A4 (revisões para mudanças do paciente), A12 (mudanças para melhorar a segurança do paciente avaliada) e A14 (problemas recorrentes de segurança do paciente) para medir a dimensão da aprendizagem organizacional.

Já a dimensão de abertura da comunicação da cultura de segurança do paciente combinou os itens C4 (falar quando um funcionário testemunha uma ação que afeta negativamente a segurança do paciente), C5 (funcionários capazes de falar ao testemunhar funcionários superiores fazendo algo

errado), C6 (figuras de autoridade abertas para ouvir as preocupações dos funcionários sobre segurança do paciente) e C7 (capacidade da equipe de fazer perguntas) para medir a dimensão abertura da comunicação. Por fim, a dimensão de avaliação de segurança do paciente utiliza um único item em vez de vários, solicitando à equipe que avalie o nível de segurança do paciente em seu hospital.

Análise estatística

Para testar as hipóteses, empregou-se a análise de regressão utilizando o software estatístico STATA. A análise de regressão estabelece a relação entre as variáveis independentes e dependentes. O uso de análises de regressão linear e múltipla auxiliou a medir se as dimensões da cultura de segurança do paciente, trabalho em equipe, aprendizagem organizacional, abertura da comunicação e avaliação da segurança do paciente têm associação e impacto significativos na satisfação de vida de equipes hospitalares no Brasil. As hipóteses testadas eram:

Hipótese 1: quanto mais trabalho em equipe, maior a satisfação com a vida do corpo clínico e não clínico hospitalar no Brasil.

Hipótese 2: quanto maior a aprendizagem organizacional, maior a satisfação de vida do corpo clínico e não clínico hospitalar no Brasil.

Hipótese 3: quanto maior a comunicação, maior a satisfação com a vida do corpo clínico e não clínico hospitalar no Brasil.

Para testar as hipóteses, gerou-se o componente trabalho em equipe como aspecto da segurança do paciente, que foi mensurado pela média dos itens da cultura de segurança A1, A8 e RA9 (ver Tabela 1). A

aprendizagem organizacional foi gerada por meio da média dos itens A4, A12 e R14. A abertura da comunicação foi gerada utilizando-se a média dos itens C4, C5, C6 e CR7. Em seguida, para cada um dos três componentes da segurança do paciente, análise de regressão foi realizada utilizando-se satisfação com a vida e um conjunto de variáveis de controle que incluem contato direto com o paciente (indicando se a equipe hospitalar tem esse contato), há quanto tempo trabalha na unidade e no hospital (indicando se o pessoal tem estabilidade na instituição ou dentro de sua unidade de trabalho), horas semanais (destacando quantas horas a equipe trabalha por semana) e raça e gênero da equipe.

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta a estatística descritiva das variáveis originais utilizadas na análise. A primeira variável, satisfação com a vida, tem média de 5,42, levando à conclusão de que, em geral, esse aspecto tem altos índices; o desvio-padrão para a variável é 1,71, indicando alguma variância nas respostas. As variáveis seguintes são os itens de segurança do paciente. Um item de destaque é o trabalho em equipe efetivo (A1), cuja média de 3,92 permite a conclusão de que a maioria das opiniões em relação ao trabalho em equipe efetivo é positiva, com desvio-padrão (0,94) indicando menor variância na média. Na variável subsequente, possível dano ao paciente (D2), a média é de 4,05, apontando que os entrevistados sentiram consistentemente que os danos aos pacientes são relativamente baixos; o desvio-padrão de 1,13 ressalta que não houve grande variância nas respostas. As últimas variáveis são controles utilizados na análise, incluindo sexo (77% são mulheres), tempo de trabalho no hospital (em anos), raça, entre outros.

Tabela 1 – Estatística descritiva

VARIÁVEIS	OBSERVAÇÕES	MEDIANA	DESVIO-PADRÃO
Satisfação com a vida	2321	5,415	1,706
A1: Equipe eficaz	2323	3,916	0,939
A2: Equipe adequada	2303	2,916	1,233
A4: Revisão de alterações	2235	3,76	0,981
A8: Trabalho em equipe	2275	3,687	1,038
A10: Foco na aprendizagem	2235	3,474	1,07
A12: Avaliação de mudança	2187	3,689	0,941
B1: Supervisor responsável	2257	3,852	0,932
B3: Supervisor toma providências	2220	3,925	0,836
C1: Informado sobre erros	2239	3,823	1,172
C2: Prevenção de erros	2248	3,987	1,169
C3: Informado sobre mudanças	2180	3,831	1,225
C4: Pode falar sobre assistência negativa	2186	3,972	1,153
C5: Pode falar sobre assistência insegura	2045	3,485	1,287
C6: Autoridade aberta a preocupações	2169	3,844	1,186
D1: Notificação de erros	1990	3,882	1,172
D2: Possíveis danos ao paciente	1937	4,05	1,13
F1: Prioridade para a segurança do paciente	2241	3,912	0,922
F2: Recursos adequados	2235	3,661	0,973
F6: Tempo adequado	1900	3,373	1,135
Tempo de trabalho no hospital (anos)	2314	2,01	0,877
Tempo de trabalho na unidade (anos)	2311	1,894	0,846
Horas trabalhadas por semana	2317	2,248	0,643
Contato direto com o paciente (fração)	2284	0,292	0,455
Gênero (fração masculina)	2322	0,767	0,462

Fonte: elaboração dos autores.

A Tabela 2 fornece uma análise de regressão múltipla das variáveis dependentes relativas às dimensões de cultura de segurança do paciente: trabalho em equipe (coluna 1), aprendizagem organizacional (coluna 2) e abertura da comunicação (coluna 3). Apresenta os coeficientes estimados de satisfação com a vida e o conjunto de variáveis de controle. A coluna 2 indica que a satisfação com a vida é uma variável altamente

significativa e que se correlaciona com o trabalho em equipe entre os profissionais hospitalares no Brasil. Esse modelo de regressão sustenta a hipótese 1, indicando que os respondentes que reportaram maior satisfação com a vida também avaliaram melhor o trabalho em equipe. O aumento de uma unidade na satisfação com a vida está associado a 4 pontos percentuais adicionais nas respostas positivas sobre o

trabalho em equipe (p -valor<1%). A coluna 2 também mostra uma associação estatisticamente significativa entre satisfação com a vida e aprendizagem organizacional, corroborando a hipótese 2. O aumento de uma unidade na satisfação de vida está associado a 3,5 pontos percentuais adicionais nas respostas positivas quanto à aprendizagem organizacional (p -valor<1%).

Finalmente, a coluna 3 também mostra uma associação significativa entre satisfação com a vida e abertura da comunicação, confirmando a hipótese 3. O aumento de uma unidade na satisfação com vida está associado a 4,2 pontos percentuais adicionais nas respostas positivas sobre a abertura da comunicação (p -valor<1%).

Tabela 2 – Resultados estimados para trabalho em equipe, aprendizagem organizacional e abertura de comunicação

VARIÁVEIS	(1) TRABALHO EM EQUIPE	(2) APRENDIZAGEM ORGANIZACIONAL	(3) ABERTURA DE COMUNICAÇÃO
Satisfação com a vida	0,04**	0,035**	0,042**
Tempo de trabalho no hospital	-0,068	-0,028	0,002
Tempo de trabalho na unidade	0,06	0,026	-0,011
Horas trabalhadas por semana	-0,021	0,011	-0,021
Contato direto com o paciente	-0,006	0,121**	0,099
Gênero	-0,081*	-0,064	-0,005
Raça	-0,012	0,013	0,01
Constante	3,803**	3,383**	3,362**
Tamanho da amostra	1563	1415	1325
R-quadrado	0,016	0,019	0,011
Teste F	3,71**	3,80**	2,05**
Critério Akaike (AIC)	3207,34	2843,03	3232,54
Critério Bayesiano (BIC)	3250,18	2885,06	3274,06

** p <,01, * p <,05

Fonte: elaboração dos autores.

DISCUSSÃO

Os achados deste trabalho indicam que há uma associação positiva e significativa entre satisfação com a vida e as dimensões da cultura de segurança do paciente em hospitais no Brasil. Este trabalho concluiu que a hipótese 1 (quanto mais trabalho em equipe, maior satisfação com a vida da equipe hospitalar), a hipótese 2 (quanto maior a aprendizagem organizacional, maior a satisfação com a vida) e a hipótese 3 (quanto maior a abertura da comunicação, maior a satisfação com a vida) são todas estatisticamente significativas.

O significado de cada hipótese indica um reflexo da teoria do trabalho emocional. As autoras Mastracci, Guy e Newman destacam que o trabalho emocional de funcionários públicos implica a regulação de suas emoções, suprimindo-as ou expressando-as para a eficácia do trabalho, e que a supressão constante das emoções pode levar ao *burnout* da equipe. Portanto, a resposta dos servidores públicos à demanda emocional está correlacionada ao gerenciamento e ao tratamento das demandas emocionais⁹. Funcionários públicos em ocupações estressantes, como equipes

hospitalares, devem utilizar todos os seus "músculos emotivos" simultaneamente, o que pode afetar o desempenho no trabalho; e os que atendem a crises e que trabalham em situações estressantes utilizam todos os seus "músculos emocionais" simultaneamente, o que pode afetar a objetividade do desempenho no trabalho e suas emoções⁹. No entanto, a realização de trabalho emocional pelos funcionários é afetada pelo gerenciamento de sua demanda emocional: o colaborador pode ser energizado pela demanda emocional, desde que ela seja gerenciada adequadamente. Portanto, ao examinar essa hipótese, o presente artigo sustenta que as variáveis que têm uma relação significativa com satisfação com a vida estão relacionadas às dimensões da cultura de segurança do paciente que auxiliam no gerenciamento da demanda emocional e do estresse.

O trabalho em equipe como uma dimensão da cultura de segurança do paciente está associado a reduções previstas no *burnout*¹⁴. O estudo de Mijakoski descobriu que, quanto mais os profissionais de saúde "experimentaram o trabalho em equipe", menores seu esgotamento e sua exaustão emocional¹⁴. Portanto, este artigo sugere que um componente da associação significativa do trabalho em equipe com a satisfação com a vida é a contribuição do trabalho em equipe na demanda emocional e na diminuição da exaustão emocional. O trabalho emocional possivelmente diminui devido ao trabalho em equipe como habilidade gerencial.

A aprendizagem organizacional como variável da cultura de segurança do paciente é "um processo que envolve a aplicação do conhecimento para um propósito e o aprendizado com o processo e o resultado (aprendizagem organizacional contínua)¹⁵. Pesquisas indicam que ambientes de trabalho "orientados para a aprendizagem" aumentam a satisfação e o desempenho no trabalho¹⁶. Portanto, em relação ao trabalho emocional, se o ambiente de trabalho estimula o aprendizado, o profissional fica mais satisfeito com

o trabalho e, portanto, possivelmente poderá experimentar menos *burnout* e exaustão emocional.

Pesquisas indicam que o treinamento em comunicação é bem-sucedido na redução do *burnout* entre os profissionais da saúde¹⁷. A análise da abertura da comunicação mostrou que sua presença na equipe de saúde possivelmente reduziu o nível de *burnout* e exaustão emocional dos trabalhadores e, portanto, diminuiu o trabalho emocional. A comunicação efetiva auxiliou no gerenciamento da demanda emocional e, consequentemente, diminuiu a carga emocional dos profissionais de saúde.

O presente artigo demonstra uma associação positiva entre a cultura de segurança do paciente e a satisfação de vida dos profissionais de saúde. Em relação à administração pública, este artigo sugere que ferramentas gerenciais para reduzir o estresse e o *burnout* e aumentar a satisfação com a vida podem ser aplicadas para reduzir a demanda emocional dos servidores públicos, a fim de melhorar a segurança do paciente em hospitais.

Uma das limitações deste artigo é que abrange apenas equipes hospitalares no Brasil. Mais pesquisas são necessárias para extrapolar e generalizar essas conclusões para outros países. Além disso, por se tratar de um estudo observacional, avaliou-se apenas a associação, não a causalidade. Acredita-se na influência mútua entre satisfação com a vida e cultura de segurança do paciente, com a satisfação com a vida impactando a cultura de segurança, e a dimensão específica da cultura de segurança produzindo uma proteção na satisfação da equipe com a vida. No entanto, a magnitude de cada direção não pode ser determinada, dada a natureza observacional do estudo.

CONCLUSÃO

O objetivo desta pesquisa foi analisar a relação entre a cultura de segurança do paciente e a satisfação com a vida de profissionais hospitalares clínicos e não clínicos

no Brasil. A pesquisa HMA, que inclui o AHRQ-HSOPS, versão 2, e uma pergunta sobre satisfação com a vida foram utilizadas para mostrar uma relação positiva substancial entre satisfação com a vida e três dimensões da cultura de segurança do paciente dos hospitais brasileiros: trabalho em equipe, aprendizagem organizacional e abertura de comunicação. Os resultados sugerem que a melhoria da satisfação com a vida dos profissionais de saúde levará ao fortalecimento da cultura de segurança do paciente. Pesquisas futuras devem estudar quais intervenções específicas para mitigar a exaustão emocional são mais efetivas na melhoria da satisfação com a vida e da cultura de segurança do paciente.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem a doutora Meredith Newman, professora de Gestão Pública na Florida International University, por suas contribuições fundamentais à teoria do trabalho emocional e ao desempenho do trabalho emocional. Este estudo faz parte da tese desenvolvida por Jourdan Banks no Programa de Doutorado em Política Pública na Florida International University. Dr. Arrieta e dra. Newman foram seus mentores e conselheiros durante a pesquisa. Os autores também agradecem a Healthcare Management Americas (<http://hma.fiu.edu>) pelos dados e apoio à pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Mardon RE, Khanna K, Sorra J, Dyer N, Famolare T. Exploring relationships between Hospital Patient Safety Culture and adverse events. *J Patient Saf* [Internet]. 2010 [Cited 2023 Nov 30];6(4):226-232. Available from: <https://doi.org/10.1097/pts.0b013e3181fd1a00>.
2. Uchmanowicz I, Manulik S, Lomper K, Rozensztrauch A, Zborowska A, Kolasińska J, et al. Life satisfaction, job satisfaction, life orientation and occupational burnout among nurses and midwives in medical institutions in Poland: A cross-sectional study. *BMJ Open* [Internet]. 2019 [Cited 2023 Nov 30];9(1):e024296. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024296>.
3. Smith SA, Yount N, Sorra J. Exploring relationships between Hospital Patient Safety Culture and Consumer Reports safety scores. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2017 [Cited 2023 Nov 30];17(1):143. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2078-6>.
4. Mossburg SE, Himmelfarb CD. The association between professional burnout and engagement with patient safety culture and outcomes: a systematic review. *J of Patient Saf* [Internet]. 2018 [Cited 2023 Nov 30];17(8):e1307-e1319. Available from: <https://doi.org/10.1097/pts.0000000000000519>.
5. Garcia C, Abreu L, Ramos J, Castro C, Smiderle F, Santos J, Bezerra I. Influence of burnout on Patient Safety: systematic review and meta-analysis. *Medicina* [Internet]. 2019 [Cited 2023 Nov 30];55(9):553. Available from: <https://doi.org/10.3390/medicina55090553>.
6. Schwartz SP, Adair KC, Bae J, Rehder KJ, Shanafelt TD, Profit J, Sexton JB. Work-life balance behaviours cluster in work settings and relate to burnout and safety culture: a cross-sectional survey analysis. *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2019 [Cited 2023 Nov 30];28:142-150. Available from: <https://qualitysafety.bmjjournals.com/content/28/2/142>.
7. Lu L, Ko YM, Chen HY, Chueh JW, Chen PY, Cooper CL. Patient Safety and Staff Well-Being: Organizational Culture as a Resource. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022 [Cited 2023 Nov 30];19(6):3722. Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/6/3722>.
8. Hochschild AL. Emotion Work, Feeling Rules, and Social Structure. *Am J Sociol* [Internet]. 1979 [Cited 2023 Nov 30];85(3):551-575. Available from: <https://www.jstor.org/stable/2778583?origin=JSTOR-pdf>.
9. Mastracci SH, Guy ME, Newman MA. Emotional labor and crisis response: working on the razor's edge. 2nd ed. New York: Routledge; 2015.
10. Mastracci SH. Dirty work and emotional labor in Public Service: why Government employers should adopt an ethic of care. *Rev Public Pers Adm* [Internet]. 2021 [Cited 2023 Nov 30];42(3):537-552. Available from: <https://doi.org/10.1177/0734371x21997548>.
11. Dimitriu MCT, Pantea-Stoian A, Smaranda AC, Nica AA, Carap AC, Constantin VD, et al. Burnout syndrome in Romanian medical residents in time of the COVID-19 pandemic. *Med Hypotheses* [Internet]. 2020 [Cited 2023 Nov 30];144. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2020.109972>.
12. Singer SJ, Falwell A, Gaba DM, Meterko M, Rosen A, Hartmann CW, Baker L. Identifying organizational

- cultures that promote patient safety. *Health Care Manag Rev* [Internet]. 2009 [Cited 2023 Nov 30];34(4):300-311. Available from: <https://doi.org/10.1097/hmr.0b013e3181afc10c>.
13. Reis CT, Laguardia J, Andreoli PBA, Nogueira Júnior C, Martins M. Cross-cultural adaptation and validation of the Hospital Survey on Patient Safety Culture 2.0 – Brazilian version. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2023 [Cited 2023 Nov 30];23(1):1-12. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08890-7>.
14. Mijakoski D, Karadzinska-Bislomska J, Stoleski S, Minov J, Atanasovska A, Bihorac E. Job demands, Burnout, and teamwork in healthcare professionals working in a General Hospital that was analysed at two points in time. *Open Access Maced J Med Sci* [Internet]. 2018 [Cited 2023 Nov 30];6(4):723-729. Available from: <https://doi.org/10.3889/oamjms.2018.159>.
15. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Module 8: Organizational Learning and Sustainability. AHRQ Communication and Optimal Resolution Toolkit. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2022. Available from: <https://www.ahrq.gov/patient-safety/settings/hospital/candor/modules/notes8.html>.
16. Dekoulou P, Trivellas P. Measuring the impact of learning organization on job satisfaction and individual performance in Greek advertising sector. *Procedia Soc Behav Sci* [Internet]. 2015 [Cited 2023 Nov 30];175:367-375. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.01.1212>.
17. Wert K, Donaldson AM, Dinh TA, Montero DP, Parry R, Renew JR, et al. Communication training helps to reduce burnout during COVID-19 pandemic. *Health Serv Res Manag Epidemiol* [Internet]. 2023 [Cited 2023 Nov 30];10. Available from: <https://doi.org/10.1177/23333928221148079>.

O impacto da legislação na segurança do paciente: a experiência italiana

Riccardo Trataglia

Médico especialista em Medicina Ocupacional, Higiene e Saúde Pública; mestrado em Ergonomia e Ergonomista Europeu certificado pelo Centre for Registration of European Ergonomists (CREE); pesquisador associado na Scuola Superiore Sant'Anna, Pisa, Itália; sócio e diretor de Saúde da By Strategic Design (BSD); consultor do hospital Prosperius Villa Cherubini, Florença, Itália; presidente honorário da Italian Network for Safety in Health Care; membro da fundação Italia in Salute; embaixador da American Foundation for Professional Ergonomics; professor de Gestão de Risco na Universidade Guglielmo Marconi; Roma, Itália.

Chiara Parretti

Doutora pela Faculdade de Engenharia da Universidade Guglielmo Marconi; líder de Desenvolvimento Organizacional na Accademia Italiana del Sei Sigma; coordenadora científica do Mestrado em Ergonomia e Fator Humano em Organizações Complexas; professora temporária e pesquisadora no Departamento de Inovação e Engenharia da Informação na Universidade Guglielmo Marconi; Roma, Itália.

Giuseppe Candido

Mestrado pela Faculdade de Engenharia Civil e Industrial, Engenharia Biomédica; doutorando em Ciências Físicas e Engenharia de Inovação Industrial e Energética na Universidade Guglielmo Marconi; Roma, Itália.

Micaela La Regina

Especialista em Clínica Médica e Gerenciamento de Risco Clínico; professora de Clínica Médica no curso de Enfermagem da Universidade de Gênova; membro da Comissão Científica e do corpo docente do Curso Avançado em Gerenciamento de Risco Clínico e Melhoria Contínua da Qualidade e Segurança do Cuidado na Scuola Superiore Sant'Anna, Pisa, Itália; vice-presidente da Italian Network for Safety in Healthcare; atua na avaliação proativa de riscos clínicos relacionados com a telemedicina em parceria com a Universidade Guglielmo Marconi, Roma, Itália; chefe da unidade de Governança e Risco Clínico na Azienda Sociosanitaria Ligure 5 (ASL5), Itália.

Resumo

O presente artigo relata a experiência italiana a partir da aprovação da Lei n. 24/2017, conhecida como Lei “Gelli-Bianco”, que foi uma das pioneiras a tratar de forma específica e abrangente a segurança do paciente. Após traçar o histórico da regulamentação europeia e mundial a respeito da segurança do paciente, o estudo problematiza as barreiras e os fatores de sucesso dessa legislação. Em seguida, com base em literatura recente, elenca soluções e recomendações para que a lei italiana se torne efetiva. Apesar da limitação devido a variações regionais e à ausência de financiamento destinado a sua implementação, a legislação teve impactos positivos. Conclui que a experiência italiana oferece lições valiosas para outros países, uma vez que um arcabouço jurídico específico constitui um ponto focal para iniciativas bem-sucedidas para a segurança do paciente.

Palavras-chave: Segurança do paciente; Lei Gelli-Bianco; Cultura de segurança.

SEGURANÇA DO PACIENTE NA EUROPA

Em 2017, a Itália foi o segundo país, depois da Dinamarca¹, a promulgar uma legislação abrangente sobre segurança do paciente: a Lei n. 24/2017, conhecida como Lei “Gelli-Bianco”². Essa legislação reúne os direitos do paciente a cuidados seguros, transparência nos processos e resultados, compensação justa em caso de danos e proteção da responsabilidade dos profissionais de saúde ao aderir a diretrizes e práticas de segurança do paciente. Além disso, cria um espaço seguro para notificação de eventos adversos e aprendizagem. Em contraste, países como os Estados Unidos têm leis diferentes para notificação de eventos adversos e proteção de responsabilidade; a maioria das outras nações incorpora a segurança do paciente em seus planos ou políticas nacionais, sem leis abrangentes específicas (por exemplo, Austrália, Brasil, Canadá, França, Alemanha, Espanha e Reino Unido).

Mais de 30 anos após os Estudos de Prática Médica de Harvard³, que inicialmente chamaram a atenção internacional para os danos iatrogênicos ao paciente, o compromisso da Itália em melhorar a segurança do paciente por meio de legislação é muito significativo. Essa lei, endossada pelas principais sociedades

científicas e associações de pacientes, merece uma avaliação minuciosa para entender suas consequências previstas e imprevistas. Além disso, serve de exemplo para que outros países considerem iniciativas jurídicas semelhantes a fim de promover a segurança do paciente.

Todas as atividades humanas dentro de organizações complexas que envolvam ferramentas e relações interpessoais acarretam riscos. Essas interações moldam um ambiente com certo nível de segurança⁴. A segurança do paciente, definida como condição na qual um paciente é protegido de danos potenciais durante assistência à saúde⁵, recebeu reconhecimento global como prioridade de saúde da 72ª Assembleia Mundial da Saúde, em maio de 2019⁶. A gestão de riscos clínicos na saúde engloba ações baseadas na identificação, na análise e no gerenciamento de riscos para melhorar a qualidade dos serviços e garantir a melhoria contínua em todos os níveis de atenção⁷. Para isso, instituições internacionais em todo o mundo se concentram na promoção de uma cultura de segurança do paciente⁸⁻¹⁰.

A União Europeia (UE) introduziu inúmeras medidas legislativas relacionadas à qualidade da assistência e à segurança do paciente⁸. A mais impactante foi a

Recomendação do Conselho sobre Segurança do Paciente, de 9 de junho de 2009, que inclui prevenção e controle de infecções associadas aos cuidados de saúde⁹. Esse documento apresenta recomendações e também obriga os Estados-membros a divulgá-las em instituições de saúde, organizações profissionais e instituições de ensino. Enfatiza, ainda, o papel das tecnologias de informação, como prontuários eletrônicos e prescrições eletrônicas, na melhoria da segurança do paciente. Tais soluções são consideradas cruciais para melhorar a qualidade e a acessibilidade do cuidado.

A adoção de políticas baseadas em melhorias visa, principalmente, a reduzir os danos ao paciente resultantes de erros ou cuidados abaixo do padrão, reduzindo os custos de saúde e, mais importante, evitando a incapacidade ou morte do paciente¹².

IMPLEMENTAÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE NA ITÁLIA

A Lei *Gelli-Bianco* (Legge 24/2017)² introduziu mudanças significativas na responsabilidade médica e nas profissões de saúde na Itália. Regulamentando a responsabilidade profissional das operadoras de saúde, com foco na segurança do paciente, essa lei marcou uma mudança em relação à legislação anterior, que basicamente penalizava os profissionais de saúde em uma abordagem centrada na gestão de riscos. O principal objetivo da nova lei foi priorizar a prevenção de erros na área da saúde, reconhecendo que os erros são inerentes às atividades humanas e devem ser analisados, estudados e monitorados e não ocultados.

O artigo 1º da lei afirma que "a segurança assistencial é parte integrante do direito à saúde do indivíduo e da comunidade"², protegendo constitucionalmente a segurança do paciente. O alcance da segurança do cuidado envolve atividades que visam à prevenção e ao gerenciamento dos riscos associados aos serviços

de saúde, ampliando o escopo para os aspectos clínico-assistenciais e organizacionais-administrativos. Enfatiza também o uso adequado de recursos estruturais, tecnológicos e institucionais.

A lei incentiva os profissionais de saúde a garantirem a segurança do paciente e do operador, promovendo adaptação organizacional, atividades e comportamentos profissionais. Ela ressalta a importância de detectar e notificar eventos sentinelas, erros, quase-erros e eventos adversos, conduzir análises de causa-raiz e manter a confidencialidade das informações coletadas. Um sistema estruturado de gerenciamento de risco não apenas previne eventos adversos, como também reduz a judicialização e as práticas de medicina defensiva, otimizando os recursos disponíveis para o atendimento ao paciente¹³.

Para facilitar essa mudança de paradigma, a lei introduz diversas ferramentas:

1. Criação de centros de gestão de riscos para a saúde e segurança do paciente em cada região italiana para coletar dados sobre riscos e eventos adversos de serviços de saúde e transmiti-los ao Observatório Nacional de Boas Práticas de Segurança em Saúde.
2. Introdução de gestores de risco clínico em todas as unidades de saúde públicas e privadas italianas, com requisitos e responsabilidades profissionais definidos.
3. Obrigatoriedade de os profissionais de saúde aderirem às diretrizes clínicas oficiais e às práticas de segurança do paciente, com limitações de responsabilidade em casos de erro.
4. Introdução de um processo de Avaliação Técnica Preventiva (ATP), permitindo que consultores técnicos independentes (CTUs) auxiliem na resolução de conflitos, reduzindo a necessidade de processos judiciais e promovendo a mediação.

Tendo suscitado debates na Itália, a Lei *Gelli-Bianco* tem aplicação e efeitos que variam de acordo com casos específicos e interpretações jurídicas.

Infelizmente, a lei não destinou recursos financeiros adicionais para sua implementação, limitando significativamente seu sucesso.

Embora não haja dados nacionais oficiais sobre o impacto da lei em sinistros e eventos adversos, relatos de

três regiões (Lombardia, Toscana e Emília-Romanha) indicam uma queda progressiva de sinistros e um aumento nos relatos de eventos adversos – particularmente quase-erros e ocorrências menores – a partir da criação dos centros de gestão de risco clínico¹⁴⁻¹⁶.

Tabela 1 – Barreiras e fatores de sucesso para a implementação da segurança do paciente

BARREIRAS	Falta de conhecimento e conscientização sobre o impacto positivo de ferramentas de apoio cognitivo na prática clínica; Falta de convicção ou confiança por parte das equipes; Falta de comprometimento da gestão com programas de melhoria; Novas ferramentas vistas como mais burocracia, tarefas redundantes e gasto de tempo; Falta de recursos financeiros (países de renda baixa e média); Restrições hierárquicas que impedem o trabalho em equipe efetivo.
FATORES DE SUCESSO	Lançamento, capacitação e <i>coaching</i> , incluindo treinamentos multidisciplinares; Promoção de compromisso institucional e da alta administração; Promoção do sentimento de propriedade em relação a projetos/ferramentas; Promoção do envolvimento ativo das lideranças; Monitoramento, avaliação e <i>feedback</i> de dados de forma sistematizada; Fomento de defensores locais.

Fonte: WHOS, 2015¹⁷

SOLUÇÕES E RECOMENDAÇÕES

Na Itália, o caminho para essa nova lei começou com um acordo entre o governo nacional e as regiões em 2008. Esse acordo determinou a criação de um sistema de notificação de incidentes de segurança do paciente em cada hospital, de cargos de gerenciamento de riscos clínicos em nível regional e local e de um repositório nacional de práticas de segurança. Um ano depois, o monitoramento obrigatório de eventos sentinelas e sinistros foi introduzido como um componente crucial da legislação.

Considerações econômicas desempenharam um papel fundamental na condução dessas mudanças. Aproximadamente 15% dos gastos hospitalares em

países de alta renda são atribuídos a erros na assistência à saúde ou infecções relacionadas à assistência à saúde¹⁸. Na Itália, as indenizações por eventos adversos somam quase 1 bilhão de euros anualmente, estimando-se que sejam gastos 10 bilhões de euros adicionais em práticas médicas defensivas, representando cerca de 10% do total de 112 bilhões de euros de despesas nacionais com assistência à saúde¹⁹.

A implementação de um sistema de gerenciamento de risco clínico deve estar alinhada ao conceito de governança clínica definido por Scally e Donaldson em 1989²⁰. Essa abordagem responsabiliza os serviços do sistema nacional de saúde por melhorar continuamente a qualidade do cuidado e manter altos padrões de atendimento.

As bases teóricas estabelecidas por James Reason no "modelo do queijo suíço"²¹ e o trabalho "Gerenciamento de risco clínico: melhorando a segurança do paciente", publicado por Charles Vincent em 2001²², têm equipado os profissionais de saúde para lidar com erros e eventos adversos. Central para esses modelos é a cultura "sem culpa" ou "justa", que reconhece que profissionais competentes podem cometer erros e se concentra em identificar e abordar fatores que contribuem para incidentes, incluindo aspectos humanos, ambientais e técnicos.

Para o gerenciamento efetivo do risco clínico, equipes interdisciplinares são necessárias devido à complexidade das instituições de saúde. Habilidades em psicologia, comunicação, ergonomia, fatores humanos, direito e bioengenharia são essenciais na análise de ocorrências.

É crucial tratar o viés retrospectivo. Uma cultura de segurança, mais do que buscar um único culpado, considera os fatores mais amplos que contribuem para incidentes, promovendo processos de melhoria.

Pesquisas recentes sobre a Lei *Gelli-Bianco* destacam diversas necessidades:

1. Treinamento abrangente sobre segurança do paciente em todos os níveis, desde as faculdades de medicina e enfermagem até equipes e gestores da linha de frente, abrangendo fatores humanos, ergonomia, resiliência, teoria da confiabilidade, investigação de incidentes e aprendizado. Programas educacionais sobre o conteúdo da lei devem ser vigorosamente promovidos para atingir os objetivos de governança clínica²³, considerando a resistência encontrada por parte dos clínicos e da administração²⁴.

2. Investimentos financeiros para facilitar a implementação da lei, particularmente em infraestrutura,

gerenciamento de dados para compartilhamento de aprendizado e pessoal para centros regionais e organização.

3. Incorporação de considerações sobre custo-efetividade na segurança do paciente, alinhadas às recomendações da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), para garantir suporte financeiro às exigências legais²⁵.
4. Forte compromisso da alta administração hospitalar, que precisa de treinamento para angariar seu apoio à segurança eficaz da assistência.
5. Padronização de procedimentos e melhores práticas, com referênciação de atividades para melhoria da qualidade assistencial. Introduzir e avaliar continuamente os indicadores de qualidade e segurança do paciente é essencial.
6. Promoção de uma mudança de cultura focada no desenvolvimento de uma cultura de aprendizagem da segurança do paciente, com incentivos por desempenho e penalidades para comportamentos negligentes. Enfatizar o aprendizado com as boas práticas diárias e eventos adversos²⁶ e integrar o aprendizado por meio de uma agência independente que colete e analise dados, identifique padrões de risco, investigue e recomende mudanças²⁷.

A experiência italiana oferece lições valiosas para outros países. Um arcabouço jurídico para a segurança do paciente constitui um ponto focal para iniciativas em matéria de segurança do paciente e pode influenciar a realização da segurança em nível normativo. De acordo com John Øvretveit²⁸, o sucesso da melhoria da segurança do paciente depende não apenas dos gerenciadores de riscos clínicos e das práticas de segurança, mas também da cultura organizacional e do clima promovido por instituições que priorizam a segurança da assistência e celebram a qualidade.

REFERÊNCIAS

1. Parlamento da Dinamarca. Lei nº 429, de 10 de junho de 2003 – Lei de Segurança do Paciente no Sistema de saúde dinamarquês. Copenhagen: Parlamento de Dinamarca, 2003.
2. Itália. Legge 8 Marzo 2017 n. 24. Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonche' in materia di responsabilita' professionale degli esercenti le professioni sanitarie. GU Serie Generale [Internet]. 2017 [Cited 2023 Apr 12];64. Available from: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/03/17/17G00041/sg>.
3. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of Adverse Events and Negligence in Hospitalized Patients — Results of the Harvard Medical Practice Study I. N Engl J Med [Internet]. 1991 [Cited 2023 Nov 30];324:370-376. Available from: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejm199102073240604>.
4. Bellandi T, Romani-Vidal A, Sousa P, Tanzini M. Adverse event investigation and risk assessment. In: Donaldson L, Ricciardi W, Sheridan S, Tartaglia R [ed.]. Textbook of Patient Safety and Clinical Risk Management [Internet]. Cham (CH): Springer; 2021. Chapter 11. Available from: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-030-59403-9>.
5. World Health Organization (WHO). Patient Safety. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2019 [Cited 2023 Sep 7]. Available from: <https://www.who.int/patientsafety/en/>.
6. Seventy-Second World Health Assembly. Patient Safety: Global Action on Patient Safety. Report by the Director-General. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2019.
7. World Health Organization (WHO). Patient Safety Curriculum Guide: multi-professional edition [Internet]. 2011 [Cited 2023 Sep 7]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241501958>.
8. Pilarska A, Zimmermann A, Piątkowska K, Jabłoński T. 2020. Patient Safety Culture in EU Legislation. Healthcare [Internet]. 2020 [Cited 2023 Sep 7];8(4): 410. Available from: <https://doi.org/10.3390/healthcare8040410>.
9. Small SD, Barach D. Patient safety and health policy: a history and review. Hematol/Oncol Clin N Am [Internet]. 2002 [Cited 2023 Sep 7];16(6):1463-1482. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0889-8588\(02\)00066-7](https://doi.org/10.1016/S0889-8588(02)00066-7).
10. Milligan C, Allin S, Farr M, Farmanova E, Peckham A, Byrd J, et al. Mandatory reporting legislation in Canada: Improving systems for patient safety? Health Econ Policy Law [Internet]. 2021 [Cited 2023 Sep 7];16(3):355-370.
11. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/health-economics-policy-and-law/article/mandatory-reporting-legislation-in-canada-improving-systems-for-patient-safety/AE10ED61116538410B568B6CAEB2B8DE>.
12. Council of the European Union. Council Recommendation of 9 June 2009 on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections. OJ C [Internet]. 2009 Jul 3 [Cited 2023 Sep 7];C/151:1. Available from: <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/8ae80abf-31cd-4577-b0be-4f2fe108f6f9/language-en>.
13. Gauld R, Burgers J, Dobrow M, Minhas R, Wendt C, Cohen AB, et al. Healthcare system performance improvement: a comparison of key policies in seven high-income countries. J Health Organ Manag [Internet]. 2014 [Cited 2023 Sep 7];28(1):2-20. Available from: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/JHOM-03-2013-0057/full/html>.
14. European Observatory on Health Systems and Policies, Cascini F, Contenti M, Scarpetti G, Gelli F, Ricciardi W. Patient safety and medical liability in Italy. Eurohealth [Internet]. 2020 [Cited 2023 Apr 12];26:34-38. World Health Organization. Regional Office for Europe. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332484>.
15. Regione Toscana. Relazione Attività 2021. GRC. Centro Regionale Gestione Rischio Clinico e Sicurezza del Paziente. 2021 [Cited 2023 Apr 12]. Available from: <https://www.regione.toscana.it/documents/10180/11888593/Relazione%20annuale%202021/67720c50-ec78-a2e9-34a8-48a999d6ee5c>.
16. Regione Lombardia. “Mappatura del rischio” del Sistema Sanitario Regionale. Risultati Diciassettesima Edizione 31/12/2020 [Cited 2023 Apr 12]. Available from: https://www.regione.lombardia.it/wps/wcm/connect/7bcf1866-49ab-42cf-93de-2f19d67ecf03/XVII+Edizione+Mappatura+regionale.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKS_PACE-7bcf1866-49ab-42cf-93de-2f19d67ecf03-nQ8.yRB.
17. Regione Emilia-Romagna. Centro Per la Gestione del Rischio Sanitario. Quarto Report Regionale Sulle Fonti In informative Per la Sicurezza Delle Cure. Anno 2021 [Cited 2023 Apr 12]. Available from: https://salute.region.emilia-romagna.it/normativa-e-documentazione/rapporti/sicurezza-delle-cure/prot-17-10-2022-1064770-u_all_n_2_report_2021def.pdf.
18. World Health Organization (WHO). Global Patient Safety Action Plan 2021-2030. 2015. Available from: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>.

18. World Health Organization (WHO), Organization for Economic Co-operation and Development (OECD), The World Bank. Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage. Geneva; 2018 [Cited 2023 Apr 12]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272465>.
19. Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS). Medicina difensiva: quanto ci costa. 2013 [Cited 2023 Sep 7]. Available from: <https://www.agenas.gov.it/ricerca-e-sviluppo/508-medicina-difensiva-quanto-ci-costa>.
20. Scally G, Donaldson LJ. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. BMJ [Internet]. 1998 [Cited 2023 Nov 29];317(7150):61-65. Available from: <https://www.bmjjournals.org/content/317/7150/61>.
21. Reason J. Human error: models and management. BMJ [Internet]. 2000 [Cited 2023 Nov 29];320:768-70. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768>.
22. Vincent, C., Clinical risk management: Enhancing patient safety. 2001: BMJ books.
23. Albano GD, Rifiorito A, Malta G, Sorrentino ES, Falco V, Firenze A, et al. The impact on healthcare workers of Italian Law n. 24/2017 “Gelli–Bianco” on Patient Safety and Medical Liability: A national survey. Int. J. Environ. Res. Public Health [Internet]. 2022 [Cited 2023 Apr 12];19(14):8448. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph19148448>.
24. Candido G, Cascini F, Lachman P, La Regina M, Parretti C, Valentini V, et al. Effects of the Italian law on patient safety and health professional responsibilities five years after its approval by the Italian Parliament. Healthcare [Internet]. 2023 [Cited 2023 Nov 30];11(13):1858. Available from: <https://doi.org/10.3390/healthcare11131858>.
25. Slawomirski L, Auraaen A, Klazinga N. The Economics of Patient Safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. OECD [Internet]. 2017 [Cited 2023 Apr 12]. Available from: <https://www.oecd.org/els/health-systems/The-economics-of-patient-safety-March-2017.pdf>.
26. Hollnagel E, Wears RL, Braithwaite J. From Safety-I to Safety-II: A white paper. The Resilient Health Care Net: Published Simultaneously by the University of Southern Denmark, University of Florida, USA, and Macquarie University, Australia. 2015 [Cited 2023 Apr 12]. Available from: <https://www.england.nhs.uk/signuptosafety/wp-content/uploads/sites/16/2015/10/safety-1-safety2-white-paper.pdf>.
27. Cascini F, Santaroni F, Lanzetti R, Failla G, Gentili A, Ricciardi W. Developing a data-driven approach in order to improve the safety and quality of patient care. Front. Public Health [Internet]. 2021 [Cited 2023 Apr 12];9:667819.
28. Øvreteit J, Gustafson D. Improving the quality of health care: Using research to inform quality programmes. BMJ [Internet]. 2003 [Cited 2023 Nov 30];326(7392):759-61. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmj.326.7392.759>.

A filosofia alemã de gestão de segurança do paciente: relato da experiência de uma enfermeira brasileira em um hospital de Frankfurt

Andréa Maria da Costa Brunelli

Graduação em Enfermagem Obstétrica pela Universidade Bandeirante de São Paulo (Uniban); especialização em Terapia Intensiva Adulto pelo Centro Universitário São Camilo; especialização em Auditoria em Enfermagem pelo Centro Universitário São Camilo; enfermeira assistencial na clínica-dia do Centro de Cardiologia e Oncologia do Hospital Universitário de Frankfurt am Main; Frankfurt, Alemanha.

Resumo

Este artigo traz o relato de uma enfermeira assistencial sobre sua experiência na clínica-dia do Centro de Cardiologia do Hospital Universitário de Frankfurt am Main, na Alemanha, especificamente quanto às iniciativas voltadas à segurança do paciente. Destacam-se protocolos de verificação para prevenção de falhas; abordagem de erros com foco na solução, e não em culpados; sessões periódicas de análise aprofundada de casos concretos; manejo de sangue antes dos procedimentos; práticas variadas de prevenção de infecção hospitalar; protocolos de segurança do paciente; auditorias; eventos e campanhas; e uma cultura que prioriza a saúde física e mental dos profissionais. Conclui-se que, na Alemanha, a cultura de segurança e sua gestão são temas muito discutidos e constantemente aprimorados, com impacto direto nos resultados do tratamento do paciente.

Palavras-chave: Segurança do paciente; Cultura de segurança; Gestão em saúde.

INTRODUÇÃO

Apesar da habilidade e prudência dos profissionais de saúde, pacientes estão expostos a riscos em hospitais, como erros de tratamento, medicação incorreta e afins. Para minimizar esses perigos tanto quanto possível, é necessária uma estratégia de segurança do paciente direcionada.

Este relato de experiência traz a vivência das práticas de segurança do paciente no dia a dia de uma enfermeira assistencial na Universitätsklinikum Frankfurt (clínica-dia do Centro de Cardiologia do Hospital Universitário de Frankfurt am Main), na Alemanha.

Os conhecimentos provenientes da alta administração da instituição, que incluem a rigidez da cultura de segurança proveniente da aviação, a consciência de risco e a estratégia de negócio, corroboraram para a cultura de segurança na clínica-dia.

Mergulhando nessa cultura de segurança, que leva os colaboradores a serem engajados a cada momento, o artigo relata como os profissionais se comportam na prevenção de riscos ao paciente. Na rotina diária, é possível

perceber que todos os colaboradores estão engajados na cultura de segurança e que os principais protocolos são de uso automático e discutidos rotineiramente.

DESCRIÇÃO

Os principais protocolos e práticas de segurança do paciente na instituição são:

1. Team Time Out (Time do Time Out)^a

Aplicado no setor de Hemodinâmica e gerenciado pela supervisão, o *Team Time Out* é prática obrigatória e está em uso há muitos anos como barreira a falhas nos procedimentos cirúrgicos e/ou invasivos, incluindo itens como lateralidade, identificação do paciente e complicações evitáveis. As listas de verificação seguem as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da *Patient Safety Action Alliance*¹, sendo aplicadas não apenas nas salas cirúrgicas, mas também em outras áreas funcionais, como endoscopia, radiologia intervencionista e laboratório de cateterismo cardíaco.

^a “Prática baseada em evidências que visa a prevenção de cirurgias, procedimentos e exames invasivos errados, no paciente errado e/ou no local errado. O TIME OUT deve ser feito na sala em que a cirurgia, procedimento ou exame invasivo será realizado, antes do seu início”. Hospital Albert Einstein. Time Out. MedicalSuit [Internet]. Available from: <https://medicallsuite.einstein.br/Biblioteca/Paginas/Destaque.aspx?ItemID=11#:~:text=0%20TIME%20OUT%20C%3A9%20uma,realizado%2C%20antes%20do%20seu%20in%C3%ADcio>.

2. Critical Incident Reporting System – Beinahe Fehlermeldesystem (Sistema de Notificações de Incidentes Críticos)

Outra forma de gerenciamento de segurança do hospital é o *Critical Incident Reporting System – Beinahe Fehlermeldesystem* (CIRS)². Os profissionais são especialistas em suas áreas e, portanto, conseguem analisar incidentes e identificar situações cotidianas potencialmente perigosas para os pacientes. O portal CIRS aprende e evolui com base nesses relatórios. Em conjunto com os responsáveis pelo CIRS, os casos são discutidos de forma interdisciplinar e medidas preventivas são desenvolvidas. O centro desse trabalho é o tratamento aberto de erros e a busca das causas, não de culpados. Os funcionários também podem aprender com relatórios de outras clínicas em um portal CIRS superordenado.

3. Morbiditäts und Mortalitätskonferenzen (sessões clínicas sobre morbidade e mortalidade)

Nas conferências de morbidade e mortalidade, os eventos críticos da prática clínica cotidiana são tratados sem atribuição de culpa. Cada um reflete criticamente sobre suas próprias ações, e os colegas têm a oportunidade de evitar riscos ou erros no futuro. Essas sessões baseiam-se nas diretrizes da Bundesärztekammer (Associação Médica Alemã)³ para monitoramento consistente das ações e fazem parte das medidas preventivas aplicadas continuamente voltadas ao aprendizado organizacional, cujos elementos centrais incluem também o anonimato e a confidencialidade.

4. Patient Blood Management (manejo do sangue)

A anemia durante a cirurgia aumenta o fator de risco para mortalidade intra-hospitalar e outras complicações graves. Com o *Patient Blood Management*, os pacientes são preparados de forma ideal para operações planejadas por meio de várias medidas, a fim

de reduzir o risco de volume insuficiente de sangue. O Hospital Universitário de Frankfurt deu uma contribuição significativa para a implementação dessa abordagem na Alemanha, introduzindo-a em um estágio inicial e recebendo inúmeros prêmios por isso⁴.

5. Prevenção de infecção

Muitos pacientes têm um sistema imunológico enfraquecido, necessitando, portanto, de proteção contra infecções nosocomiais. Assim, as infecções adquiridas no hospital são de particular importância para os profissionais da clínica-dia. A campanha *Saubere Hände* (Mãos Limpas) é trabalhada sistematicamente, tendo rendido premiações. Regionalmente, participamos do *MRE-Netz-Rhein-Main* (Plataforma de Indicadores de Controle de Infecção da Alemanha). Destacam-se algumas medidas que chamam a atenção:

- Constantes auditorias, com uso de aparelhos para a inspeção de limpeza de superfícies;
- Campanhas de higiene das mãos e frequentes visitas *in loco* do serviço de controle de infecção do hospital ao setor de reprocessamento de materiais. Os instrumentos, além de serem reprocessados por método certificado e validado, são novamente verificados após a esterilização para garantir a eficácia da limpeza e esterilização;
- Iniciativas eficazes contra infecções graves, como o *Antibiotic Stewardship Team* (time de administração de antibióticos) e o *Sepsis Board* (Protocolo de Sepse), entre muitos outros.
- Reconhecimento precoce dos sinais e sintomas de sepse.

6. Segurança na terapia medicamentosa

É de suma importância realizar uma terapia medicamentosa segura e livre de riscos, portanto é prioritária

a divulgação contínua dos seguintes documentos que o paciente deve sempre portar:

- Plano de medicação atual;
- Carta do médico e resultados do exame;
- Cartões de medicamentos especiais, cartão de vacinação, se disponível, documentos sobre alergias, contatos de emergência e cartão de doador de sangue.

Prescrições eletrônicas de medicamentos são usadas em quase todos os setores do hospital para evitar erros de transcrição. Além disso, o sistema de informações sobre medicamentos (*AID-Klinik*) e folhetos informativos sobre segurança de medicamentos estão disponíveis para os pacientes. Para medicamentos de alto risco, são usados sistemas de *backup* adicionais e soluções de tecnologia da informação, como o software CATO (*Computer Aided Therapy in Oncology*) para a prescrição e administração segura de drogas quimioterápicas.

Listas de padronização foram introduzidas especificamente para seringas e bombas de seringa.

Existem muitos outros passos e medidas para garantir um fornecimento seguro de medicamentos. Em algumas áreas, os pacientes recebem seu plano de medicação todos os dias para que possam verificar seus medicamentos e, também, ter uma visão geral deles. Trata-se da inserção do paciente em seu próprio cuidado.

7. Auditorias

Chama a atenção – não só no Hospital Universitário de Frankfurt am Main, como na Alemanha em geral – o número de auditorias que são realizadas diariamente nas mais diversas áreas. Por exemplo, em um mesmo dia, é possível vivenciar em um único setor auditorias da farmácia, de higiene de superfícies, de conferência de carrinhos de emergência, entre outras. Importante perceber como os profissionais se preocupam em auditar continuamente.

Considerando a experiência de gestão de segurança do paciente no Brasil, é possível concluir que essas práticas estão bem avançadas, comparáveis a um país desenvolvido neste tema. Sua adoção poderia fazer com que nossos processos de segurança fossem mais assertivos e garantissem o engajamento dos profissionais seria uma constância de monitoramento.

8. Outras iniciativas para a promoção da segurança do paciente

» Dia Mundial da Segurança do Paciente

Em 17 de setembro, celebra-se o Dia Mundial da Segurança do Paciente e, na Alemanha, são realizadas várias jornadas de cursos e atualizações sobre o tema. Seguem alguns exemplos:

- Foi realizada uma simulação realística de internação, em que todos os colaboradores tinham a missão de encontrar erros no cenário e discutir a importância de cada item para a segurança do sistema na Room of Errors (sala dos erros), com o intuito de discutir a fundo como pequenos detalhes que parecem imperceptíveis podem resultar em eventos adversos graves.
- Eventos adversos

É importante mencionar como são tratados os eventos adversos e que existe um foco sempre nas melhorias, e não no profissional que falhou ou não atendeu como esperado. Existe, sim, uma discussão sobre as falhas, e é perceptível como o setor se “reconstrói” diante delas, embora o sigilo seja sempre respeitado. A identidade de quem falhou é realmente preservada e o assunto deixa de ser abordado. O foco está apenas em melhorar os processos. O entendimento de que “errar é humano” é fortemente arraigado e todos são respeitados, considerando que a segurança do paciente também depende da saúde física e mental do colaborador. A Alemanha sabe reconhecer esta afirmação.

» Colaborador saudável

Nesse sentido, a Alemanha tem uma gestão muito diferente da do Brasil. No país europeu, um colaborador pode simplesmente faltar ao trabalho e apenas avisar por telefone, sem precisar de atestado médico por pelo menos três dias – após esse período, aí sim terá que se manifestar. Muitos colaboradores se sentem psicologicamente pressionados e não vão trabalhar com o argumento de que precisam descansar. Pensando de forma ampla, essa forma de gestão pode impactar diretamente o resultado da assistência. É claro que o gestor tem que se desdobrar ainda mais com o número de ausências diárias, nos mais diversos setores, mas se percebe que isso é simplesmente normal. O sigilo médico, sempre respeitado, não permite que ninguém, nem mesmo o chefe, questione o motivo da ausência ou qual é a doença. O profissional escolhe se deve ou não se manifestar. Por outro lado, um gestor na Alemanha não tolera que um colaborador vá trabalhar gripado, considerando o risco de contaminação de pacientes e colegas. Isso demonstra que o conceito de segurança do paciente é mais abrangente e vai muito além do ambiente hospitalar, tendo como base que um profissional saudável – física e mentalmente – pode impactar positivamente o resultado da gestão de segurança do paciente.

REFLEXÃO

Trata-se de uma realidade muito diferente da vivenciada no Brasil, mas é preciso entender os motivos de cada comportamento e a cultura por trás de todos eles. Esse contexto deriva dos tempos de horror da Segunda Guerra Mundial, mais precisamente do período entre 1943 e 1945, quando a Alemanha foi violentamente bombardeada pelos Aliados. Muitos alemães passaram fome e dificuldades extremas. Dessa linha de raciocínio vem a filosofia atual de cumplicidade entre os alemães e valorização da vida, que deve ser amplamente aproveitada com comemorações, viagens e boa mesa. É perceptível como os alemães valorizam as relações sociais, a natureza e a vida de forma peculiar.

CONCLUSÃO

Neste relato de experiência, conclui-se que, na Alemanha, a cultura de segurança e sua gestão são temas muito discutidos e constantemente aprimorados, com impacto direto nos resultados do tratamento do paciente. Os processos são muito importantes, mas são pessoas que fazem a diferença. E, considerando suas particularidades, assegura-se que essa linha de gestão pode garantir um resultado muito positivo no conceito do paciente seguro.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). World Alliance for Patient Safety: Forward programme 2008-2009 – 1st ed. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2008 [Cited 2023 Nov. 16]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-PSP-2008.04>
2. Texas Health and Human Services. Critical Incident Management System (CIMSTM). Available from: <https://www.hhs.texas.gov/providers/long-term-care-providers/long-term-care-provider-resources/critical-incident-management-system-cimstm>.
3. Bundesärztekammer. [Internet] Available from: <https://www.bundesaerztekammer.de/>.
4. Mueller MM, Remoortel HV, Meybohm P, Aranko K, Aubron C, Burger R, et al. Patient blood management: recommendations from the 2018 Frankfurt Consensus Conference. Jama [Internet]. 2019 [Cited 2023 Nov 16];321(10):983-997. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30860564/>.

Economicidade de medicamentos oncológicos de alto custo sem redução da qualidade de tratamento

Letícia Teles da Silva

Graduação em Farmácia Industrial pela Universidade Anhembi Morumbi (UAM); especialização em Farmacologia Clínica pela Faculdade Oswaldo Cruz (FOC); MBA em Gestão em Saúde pelo Centro Universitário São Camilo (CUSC), especialista em Farmácia Clínica pela Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar (SOBRAPH) e Certificada Green Belt pela escola EDTI; gerente corporativo de Atenção Farmacêutica na Pró-Saúde Associação Beneficente de Assistência Social Hospitalar; São Paulo/SP.

Glacye Kelly Damaceno Barros

Graduação em Administração de Empresas pela Universidade Norte do Paraná (Unopar); supervisora de Compras no Hospital Metropolitano Vale do Aço; Coronel Fabriciano/MG.

Heraldo Diones Silva

Graduação em Farmácia pela Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP); mestrado em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal do Pará (UFPA); graduação-sanduíche (SWG) no Mestrado Integrado em Ciências farmacêuticas da faculdade de farmácia da Universidade de Lisboa, Portugal; executivo de Suprimentos na Unimed Uberaba; Uberaba/MG.

Fernando Porto Rios

Graduação em Farmácia pela Faculdade Pitágoras de Ipatinga (FPI); MBA em farmácia Clínica e Hospitalar pelo Centro Universitário Internacional (Uninter); MBA em Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente pelo Instituto de Graduação e Pós-Graduação (IPOG); gerente de Suprimentos e farmácia Hospitalar no Hospital Metropolitano Vale do Aço; Coronel Fabriciano/MG.

Thayles Vinícius Moraes

Graduação em Medicina pela Faculdade de Medicina do ABC(FMABC); residência médica em Clínica Médica pelo Hospital Evangélico Cachoeiro do Itapemirim; residência em Oncologia pela FMABC; oncologista clínico na HOPE Oncologia – Unimed Vale do Aço; Coronel Fabriciano/MG.

Marina Giselle Carvalhaes Costa Melo

Bacharelado em Farmácia pelo Centro Universitário Newton Paiva (CUNP); especialista em Farmacologia Clínica pela Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes); especialização em Saúde Pública pelo Centro Universitário de Volta Redonda (UniFOA); título de Farmacêutico Especialista em Oncologia pela Sociedade Brasileira de Farmacêuticos em Oncologia (SOBRAFO), gerente de Oncologia na Pró-Saúde Associação Beneficente de Assistência Social Hospitalar; Coronel Fabriciano/MG.

Resumo

O elevado custo dos medicamentos oncológicos representa um desafio global para os sistemas de saúde. Diante dessa realidade, a busca por alternativas que assegurem a economicidade, ou seja, um equilíbrio eficaz entre tratamento e custos, torna-se crucial para garantir o acesso a terapias de qualidade. Assim o presente estudo teve como objetivo principal avaliar a economicidade de medicamentos oncológicos e de alto custo e apresentar os resultados obtidos com a implantação de métodos de otimização de medicamentos elegíveis no Hospital Metropolitano Vale do Aço, em Coronel Fabriciano, Minas Gerais. O método envolveu: seleção e análise de medicamentos oncológicos com maior valor agregado e utilização de acordo com o perfil institucional; substituição por opções mais acessíveis dos medicamentos selecionados. O método mostrou-se eficaz na busca pela economicidade, com economia total de R\$ 1.258.488,22 entre outubro de 2022 e setembro de 2023. Tal abordagem otimiza recursos financeiros, garantindo, ao mesmo tempo, a qualidade do cuidado prestado aos pacientes.

Palavras-chave: Economicidade; Medicamentos oncológicos; Medicamentos de alto custo; Qualidade.

INTRODUÇÃO

O alto custo dos medicamentos oncológicos tem se tornado um desafio para o sistema de saúde em todo o mundo. Diante desse cenário, a busca por alternativas que possam garantir a economicidade, ou seja, oferecer um equilíbrio adequado entre a eficácia dos tratamentos e seus custos, torna-se essencial para assegurar o acesso a terapias de qualidade para os pacientes. A economicidade pode ser definida como um equilíbrio, permitindo a alocação mais eficiente dos recursos disponíveis. Desta forma, é essencial encontrar meios de otimizar o uso de medicamentos oncológicos e de alto custo, garantindo que o paciente receba o tratamento necessário sem comprometer a sustentabilidade financeira da instituição de saúde.¹

Compreender o custo e o impacto dos medicamentos na saúde é de extrema relevância. A farmacoeconomia é uma ferramenta analítica que emprega conhecimento financeiro e técnicas específicas para avaliar a eficácia das prescrições, não apenas no que tange à saúde, mas também em relação aos aspectos econômicos. Em termos mais precisos, a meta é otimizar os benefícios para a saúde, buscando a máxima eficácia com o menor custo possível. Assim, a farmacoeconomia desempenha um

papel crucial ao permitir a mensuração de impacto das decisões relacionadas aos recursos disponíveis. Por meio dessa abordagem, é possível aprofundar a compreensão sobre como uma intervenção nas diversas áreas da saúde influencia na qualidade de vida dos pacientes^{2,3}.

As políticas de medicamentos devem ser direcionadas prioritariamente para a otimização e o estímulo ao uso adequado, alinhadas aos objetivos gerais e específicos de uma política de saúde que garanta o acesso aos benefícios de saúde e aos medicamentos. É fundamental buscar estratégias que possibilitem a contenção de gastos com medicamentos, visando à redução desses custos como parte integrante das ações destinadas a controlar o investimento total em benefícios de saúde. Portanto, é preciso estabelecer um programa adaptado para atender às necessidades, com o objetivo central de satisfazê-las por meio de produtos com eficácia e segurança comprovadas, proporcionando a melhor qualidade possível a preços e custos razoáveis. Portanto, o uso racional de medicamentos deve ser concebido como um conjunto de medidas, a fim de garantir o acesso da população aos medicamentos necessários para uma assistência à saúde eficaz, a um custo aceitável para a sociedade^{2,3}.

OBJETIVO

O objetivo deste trabalho foi explorar estratégias e medidas que possam contribuir para a redução dos custos dos medicamentos oncológicos, sem impactar a qualidade do tratamento, por meio da incorporação do processo de uso racional de medicamentos e avaliação farmacoeconômica.

MÉTODO

Este artigo é um relato de experiência que aborda a implantação, a partir de outubro de 2022, de um projeto destinado à substituição de marcas de medicamentos de alto custo por alternativas mais econômicas no Hospital Metropolitano Vale do Aço, em Coronel Fabriciano, MG. Em parceria com uma equipe multiprofissional, a instituição conduziu uma avaliação de bioequivalência e rentabilidade entre as diferentes marcas dos medicamentos selecionados. Além disso, realizou estudos comparativos da literatura disponível para identificar substituições compatíveis, visando à redução de custos sem comprometer a eficácia dos tratamentos.

Para garantir uma avaliação abrangente, foi montada uma equipe multidisciplinar composta por farmacêuticos, oncologistas, profissionais da tecnologia da informação e compradores. Essa diversidade de conhecimentos permitiu abordar o desafio por diferentes perspectivas, garantindo a validade e a segurança do processo de substituição.

A etapa inicial do projeto consistiu na identificação criteriosa dos medicamentos oncológicos de alto custo que exerciam um impacto significativo no orçamento institucional. Esse processo foi conduzido pelo setor de compras, com supervisão do farmacêutico, por meio de análise do consumo e identificação daqueles que eram mais frequentemente prescritos na prática clínica. Um componente crucial dessa análise compreendeu a avaliação da bioequivalência e rentabilidade entre medicamentos de marca, similares e genéricos. Esse processo

demandou uma revisão detalhada de estudos de bioequivalência disponíveis na literatura científica, combinada à expertise dos profissionais, incluindo oncologistas e farmacêuticos. Esses especialistas exploraram todos os possíveis riscos, assegurando uma abordagem de substituição que não prejudicasse o paciente.

Em um segundo momento, com base nas avaliações de eficácia clínica, foi elaborada uma lista de medicamentos oncológicos elegíveis para substituição (Quadro 1). Essa lista era dinâmica e sujeita a revisões periódicas, à medida que novos dados e informações fossem evidenciados.

Quadro 1 – Medicamentos elencados para análise e mensuração.

PRODUTO
ABIRATERONA COMP 250MG
PANITUMUMABE FR 100MG
FILGRASTIM FA 300MCG
DENOSUMABE 120MG/1ML SERINGA 1,7ML
TRASTUZUMABE 440MG FA 20ML
AZACITIDINA FA 100MG
FILGRASTIM FA 300MCG
BORTEZOMIBE FA 3,5MG
INFILIXIMABE 100MG/ML
INFILIXIMABE 100MG/ML
ADALIMUMABE 0,4ML

Fonte: elaboração dos autores.

Essa avaliação abrangente não apenas considerou a economia de recursos, mas também direcionou esforços para a alocação eficiente desses recursos em outras áreas de tratamento e assistência ao paciente. A busca pela sustentabilidade financeira transcendeu a mera redução de custos, incorporando uma abordagem estratégica que permitiu direcionar investimentos de maneira aprimorada, fortalecendo o

compromisso da instituição com a qualidade do tratamento e a excelência na assistência aos pacientes.

Por fim, foi feita uma análise quantitativa dos resultados no período de outubro de 2022 a setembro de 2023.

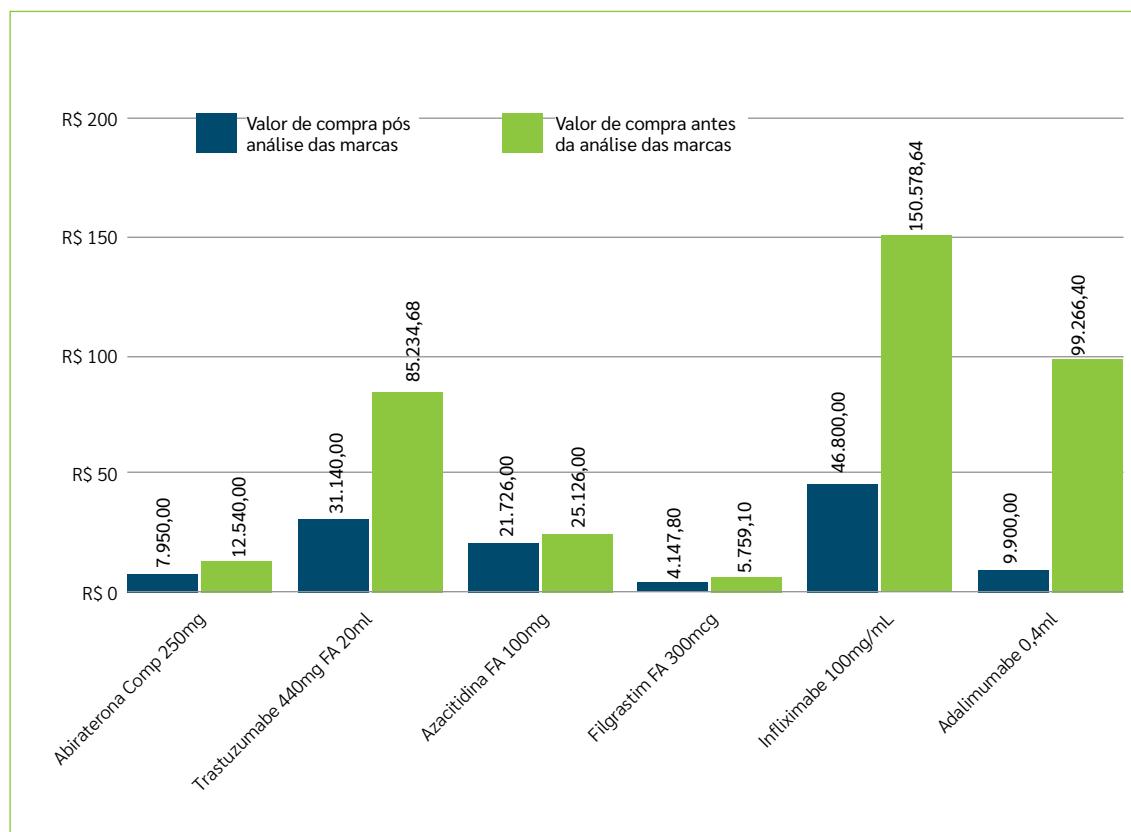
RESULTADOS

A análise quantitativa dos resultados ao longo dos meses revela uma tendência clara de economia de recursos na aquisição de medicamentos oncológicos

de alto custo. No total, desde o início do projeto em outubro de 2022 até setembro de 2023, a economia consolidada foi de R\$ 1.258.488,22.

O Gráfico 1 evidencia que, logo no primeiro mês do projeto, houve uma economia significativa com as mudanças de marca dos medicamentos, que permitiram que a instituição deixasse de gastar um total de R\$ 256.847,02. Essa análise destaca a eficácia das decisões tomadas, indicando um impacto financeiro positivo já no início do projeto.

Gráfico 1 – Comparativo dos custos dos medicamentos no primeiro mês do projeto.



Fonte: elaboração dos autores.

No decorrer dos meses seguintes, foram acompanhados de perto os resultados impactantes derivados do nosso projeto de otimização. O sucesso inicial – substancial economia de R\$ 256.847,02 no mês inicial

(outubro de 2022) – estabeleceu o tom para os meses subsequentes, com novembro de 2022 registrando economia de R\$ 79.559,84, seguido por dezembro de 2022, com economia adicional de R\$ 28.025,52.

O início do novo ano trouxe consigo resultados ainda mais positivos, com janeiro de 2023 registrando R\$ 65.716,13 em economia, seguido por um aumento notável na economia em fevereiro de 2023: R\$ 99.834,38. Esse padrão de sucesso continuou ao longo do primeiro semestre de 2023, com destaque para os meses de março, abril e maio, que adicionaram R\$ 44.781,70, R\$ 148.558,74 e R\$ 103.549,16 em economias, respectivamente.

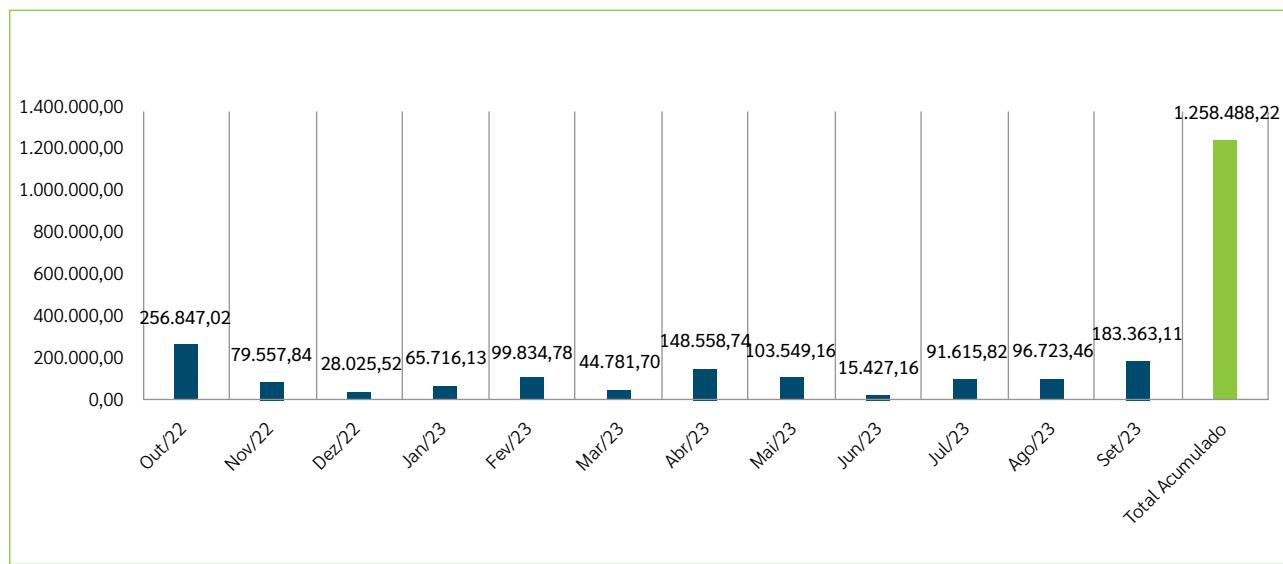
O restante do ano manteve a trajetória positiva, com junho de 2023 registrando uma economia de R\$ 151.427,16; julho, de R\$ 91.615,82; agosto, de R\$ 96.723,46; e setembro com uma economia expressiva de R\$ 183.363,11.

Ao optarmos pela substituição, alcançamos uma economia significativa nos recursos alocados pela substituição desses fármacos, sem comprometer a

rentabilidade. O montante total de economia consolidada ao longo dos meses, até a última coleta de dados, atingiu expressivos R\$ 1.258.488,22. Esses resultados destacam não apenas a eficiência do processo de substituição, mas também a capacidade de preservar a rentabilidade, evidenciado um impacto positivo e sustentável. Veja no gráfico a seguir.

Ao optar pela substituição, a instituição alcançou uma economia significativa nos recursos alocados sem comprometer a rentabilidade. O montante total de economia consolidada ao longo dos meses, até a última coleta de dados, atingiu expressivos R\$ 1.258.488,22. Esses resultados destacam não apenas a eficiência do processo de substituição, mas também a capacidade de preservar a rentabilidade, evidenciando um impacto positivo e sustentável, conforme demonstra o Gráfico 2.

Gráfico 2 – Dados de economicidade acumulada entre outubro de 2022 e setembro de 2023.



Fonte: elaboração dos autores.

Em síntese, as análises efetuadas revelam um panorama promissor e financeiramente robusto derivado das decisões estratégicas implementadas ao longo

do projeto. A substituição criteriosa de fármacos resultou não apenas em economia substancial, mas também preservou a rentabilidade, demonstrando

uma abordagem equilibrada entre eficácia e eficiência. Além de validarem a efetividade das medidas adotadas, os resultados ressaltam a importância de práticas gerenciais embasadas em dados e adaptáveis às demandas dinâmicas do cenário farmacêutico. O impacto dessas ações se reflete tanto nos números quanto na capacidade de promover uma gestão mais sustentável e orientada para o sucesso a longo prazo.

DISCUSSÃO

A análise da sustentabilidade financeira transcende a mera redução de custos, envolvendo uma visão mais abrangente e estratégica da gestão hospitalar. A eficiente destinação de recursos reflete não só um compromisso com a contenção de despesas, como também com a excelência no atendimento aos pacientes. Assim, esse enfoque estratégico contribui para a saúde financeira da instituição e, ao mesmo tempo, consolida sua posição como líder em gestão hospitalar eficaz. A busca pela sustentabilidade financeira, nesse contexto, emerge como um catalisador para o fortalecimento da reputação da instituição, solidificando-a como uma referência na prestação de serviços de saúde de alta qualidade.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos por meio do projeto de otimização de medicamentos de alto custo ressaltam a importância de o setor de saúde buscar constantemente a economicidade. A otimização dos recursos financeiros das instituições de saúde, por meio da substituição de medicamentos oncológicos de alto custo por alternativas igualmente eficazes e mais acessíveis, é um passo significativo em direção a um sistema de saúde mais eficiente e acessível a todos. Essa abordagem pode servir como base para iniciativas futuras e para o aprimoramento dos sistemas de gestão farmacêutica quanto ao uso racional de medicamentos.

Garantir a qualidade do tratamento e a sustentabilidade financeira das instituições de saúde é fundamental para atender às necessidades dos pacientes com câncer e lhes proporcionar um atendimento de alta qualidade, sem a barreira do alto custo dos medicamentos oncológicos. Essa experiência bem-sucedida pode servir como um modelo para outras instituições que enfrentam desafios semelhantes, destacando a importância da colaboração multidisciplinar para alcançar a economicidade de forma responsável e sustentável.

REFERÊNCIAS

1. Sejas ENE, Katayose JT, Pontes PRB, Ibrahim KY, Magri ASGK, Neves TRVF, et al. Impacto na farmacoeconomia de um hospital público oncológico com a implantação de um programa de gerenciamento do uso de antimicrobianos. *Braz J Infect Dis* [Internet]. 2023 [Cited 2023 Nov 24];12(S1):21. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.102850>.
2. Neves RR, Barbosa IC. Farmacoeconomia: uma estratégia para a gestão dos gastos com medicamentos no âmbito hospitalar. *RACE* [Internet]. 2019 [Cited 2023 Nov 24];5:194-217. Available from: <https://revistas.cesmac.edu.br/administracao/article/view/1135>.
3. Packeiser PB, Resta DG. Farmacoeconomia: uma ferramenta para a gestão dos gastos com medicamentos em hospitais públicos. *Infarma* [Internet]. 2014 [Cited 2023 Nov 24];26(4):215-223. Available from: <https://revistas.cff.org.br/?journal=infarma&page=article&op=view&path%5D=683>.

Utilização da escola filosófica estoica como ferramenta de gestão da enfermagem

Júlio César Costa

Graduação em Enfermagem pela Faculdade Anhanguera Educacional; especialização em Segurança do Paciente pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz); avaliador da Metodologia ONA; acupunturista; gerente de Enfermagem do Bloco Operatório e Alojamento Conjunto do Hospital da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas); da Academia NasceCME; avaliador Líder do Instituto Qualisa de Gestão (IQG); Campinas/SP.

Ana Luiza Ferreira Meres

Graduação em Enfermagem pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas); MBA em Gerência de Saúde pela Fundação Getulio Vargas (FGV); especialização em Segurança do Paciente pela Fundação Osvaldo Cruz (Fiocruz); diretora de Enfermagem e Assistência do Hospital da PUC-Campinas; Campinas/SP.

Mayara Marques Torres de Jesus

Graduação em Enfermagem pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas); especialização em Saúde da Mulher pelo Programa de Residência Multiprofissional da PUC-Campinas; enfermeira clínica do Centro Cirúrgico do Hospital da PUC-Campinas; preceptora de enfermagem no Programa Saúde da Mulher da PUC-Campinas; Campinas/SP.

Ketlen Henara Macedo Guadagnim

Graduação em Enfermagem pela Faculdade Anhanguera Educacional; especialização em Enfermagem em Terapia Intensiva pelo Albert Einstein Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa; enfermeira clínica do Centro Cirúrgico do Hospital da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas); Campinas/SP.

Larissa Bueno Pimentel Sabetta Techio

Graduação em Enfermagem pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas); mestrand(a) (trancado) do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp); especialização em Saúde da Mulher pelo Programa de Residência Multiprofissional PUC-Campinas; enfermeira executiva do Centro Obstétrico do Hospital da PUC-Campinas; preceptora da enfermagem no Programa Saúde da Mulher da PUC-Campinas; Campinas/SP.

Marcela Pinheiro Barbosa Lourenço

Graduação em Enfermagem pela Faculdade Anhanguera Educacional; enfermeira executiva do Centro Cirúrgico e Leito Dia do Hospital da Pontifícia Universidade de Campinas (PUC-Campinas); Campinas/SP.

Resumo

Os inúmeros desafios do dia a dia de um bloco operatório podem ser muito desgastantes para a gestão da enfermagem. Mesmo com a excelência no planejamento e com um provisionamento adequado dos recursos, os imprevistos e os desafios naturais da profissão podem gerar cargas elevadas de estresse e graves consequências aos trabalhadores da enfermagem. O estoicismo pode tornar as intervenções dos líderes mais assertivas e proporcionar tranquilidade emocional aos colaboradores. Este artigo teve como objetivo relatar a experiência da equipe de liderança do bloco operatório em um hospital universitário na cidade de Campinas, interior de São Paulo, com a utilização do estoicismo como ferramenta de gestão. Nos momentos de crise, há uma exigência de que o líder tenha sabedoria para lidar com os aspectos negativos. Baseada nos princípios estoicos, a liderança passou a classificar as situações entre as que pode controlar e as que não pode (dicotomia do controle) para nortear sua atuação. Os esforços foram direcionados às intervenções que podem ser controladas, enquanto as demais passaram a não receber atenção plena, reduzindo o desgaste. Para cultivar e divulgar esses conhecimentos, parte do tempo das reuniões semanais passou a ser dedicada à leitura e reflexão de textos e vídeos curtos sobre a temática. É perceptível que a forma e a maturidade com que as adversidades têm sido enfrentadas têm criado um ambiente muito mais saudável e amistoso, além de melhorar índices quantitativos, como o de *turnover*.

Palavras-chave: Filosofia; Gestão; Enfermagem; Estoicismo; Centro cirúrgico.

INTRODUÇÃO

Estoicismo é uma escola e doutrina filosófica surgida na Grécia Antiga que preza a fidelidade ao conhecimento e o foco em tudo aquilo que pode ser controlado pela própria pessoa, desprezando todos os tipos de sentimentos externos, como a paixão e os desejos extremos¹.

A escola estoica foi criada por Zenão de Cílio por volta de 300 a.C. na cidade de Atenas. Porém, a doutrina ficou efetivamente conhecida ao chegar a Roma. A ideia central era que todo o universo seria governado por uma lei natural divina e racional. Sendo assim, para o ser humano alcançar a verdadeira felicidade, deveria depender apenas de sua “virtude”, ou seja, seus conhecimentos e valores, abdicando totalmente do “vício”, considerado pelos estoicos um mal absoluto. O estoicismo também ensina a manter uma mente calma e racional, independentemente do que aconteça; isso ajuda o ser humano a reconhecer e se

concentrar naquilo que pode controlar e a aceitar o que não pode controlar¹.

Os princípios que norteiam a filosofia estoica, são:

- A virtude é o único bem e caminho para a felicidade;
- A pessoa deve sempre priorizar o conhecimento e o agir com a razão;
- O prazer é inimigo do sábio;
- O universo é governado por uma razão universal natural e divina;
- As atitudes têm mais valor do que as palavras, ou seja, o que é feito tem mais importância do que é dito;
- Os sentimentos externos tornam o ser humano um ser irracional e não imparcial;
- Não se deve perguntar por que algo aconteceu, e sim aceitar sem reclamar, focando apenas o que pode ser modificado e controlado naquela situação;
- Deve-se agir prudentemente e assumir a responsabilidade sobre os próprios atos;

- Tudo ao nosso redor acontece de acordo com uma lei de causa e efeito;
- A vida e as circunstâncias não devem ser idealizadas; o indivíduo precisa conviver e aceitar sua vida como ela é.

A partir desses princípios, é possível entender que uma pessoa estoica é aquela que não se deixa levar por crenças, paixões e sentimentos capazes de eliminar sua racionalidade na hora de agir, como desejo, dor, medo e prazer. A pessoa estoica busca agir racionalmente, mesmo com a existência desses sentimentos – ou seja, não é que ela não tenha sentimentos, mas não é prisioneira deles².

Os inúmeros desafios no dia a dia de um bloco operatório hospitalar podem ser muito desgastantes para a gestão em enfermagem. Mesmo com a excelência no planejamento e com um provisionamento adequado dos recursos, os imprevistos sempre acontecem. Esses eventos, somados aos desafios naturais da profissão, podem gerar cargas elevadas de estresse e graves consequências aos trabalhadores da enfermagem. O estoicismo pode ser uma importante ferramenta para organizar o pensamento dos líderes, de forma a obter maior assertividade em suas intervenções e, ao mesmo tempo, proporcionar a tranquilidade emocional tão necessária aos colaboradores atualmente.

O objetivo deste trabalho foi relatar a experiência de utilização do estoicismo como ferramenta de gestão pela equipe de liderança em enfermagem do bloco operatório do Hospital da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas), em Campinas, interior de São Paulo.

ESTOICISMO APLICADO À GESTÃO EM SAÚDE

Os principais ensinamentos da filosofia estoica que podem ser aplicados na gestão da unidade operatória como ferramenta de trabalho são:

1. Ataraxia

O foco da filosofia estoica é a conquista da felicidade por meio da ataraxia, um ideal de tranquilidade em que é possível viver serenamente e com paz de espírito. Para os estoicos, o indivíduo só pode conseguir essa felicidade por meio de suas próprias virtudes, ou seja, de seus conhecimentos³.

2. Autossuficiência

A autossuficiência é um dos principais objetivos dos estoicos. Isso porque o estoicismo prega que cada ser deve viver conforme sua natureza, ou seja, deve agir de forma responsável com o que acontece em sua própria vida. Assim sendo, como ser racional que é, o ser humano deve se valer de suas próprias virtudes em prol da conquista de seu maior propósito: a felicidade³.

3. Negação de sentimentos externos

Os estoicos consideram que os sentimentos externos (paixão, luxúria etc.) são nocivos ao ser humano, pois fazem com que ele deixe de ser imparcial e se torne irracional. Todos esses sentimentos são tidos como vícios e causadores de males absolutos que comprometem a tomada de decisões e a organização dos pensamentos de forma lógica e inteligente³.

4. Enfrentar os problemas por meio da razão

Na busca pela vida tranquila e feliz, a filosofia estoica defende que todos os fatores externos que comprometem a perfeição moral e intelectual devem ser ignorados. Mesmo na adversidade, em situações problemáticas ou difíceis, as pessoas devem optar por reagir sempre com calma, tranquilidade e racionalidade, sem deixar que os fatores externos comprometam sua capacidade de julgamento e ação³.

DISCUSSÃO

Nos momentos de crise, o líder precisa de sabedoria para lidar com os aspectos negativos. Aqueles que

são capazes de reagir sabiamente às adversidades são mais propensos a vencer, e o estoicismo valoriza essa resiliência.

Três grandes nomes são frequentemente mencionados por contribuírem para o avanço e aprofundamento da filosofia estoica: Epiteto, Sêneca e Marco Aurélio. Cada um deles adicionou a sua própria perspectiva, ajudando a moldar a escola filosófica ao longo do tempo.

“Não é o que acontece com você, mas como você reage que importa”⁴. Essa frase de Epiteto remete-se a como a resiliência do enfermeiro do bloco operatório pode ser determinante do desfecho positivo de uma situação de crise, assim como de sua própria saúde mental. Com base nesse e em outros conhecimentos filosóficos, a liderança da enfermagem no bloco operatório mudou sua forma de agir frente a muitas situações. Por exemplo, passou a classificá-las em dois aspectos (dicotomia do controle): questões que podem ser controladas e que não podem ser controladas⁴. Essa classificação passou a nortear sua atuação, com os esforços sendo direcionados plenamente às intervenções que são de seu controle, enquanto questões que não são de sua governança passaram a não ter sua atenção plena. Para cultivar esse entendimento e divulgar esses conhecimentos, parte do tempo das reuniões semanais da equipe passou a ser dedicada à leitura e reflexão de textos e vídeos curtos sobre essa temática.

Com o êxito obtido no clima da equipe frente aos problemas cotidianos, em poucas semanas o interesse dos enfermeiros pelo assunto cresceu. Muitos passaram a ser estudiosos da filosofia, tendo como guias de imersão os autores mencionados, e se tornaram importantes multiplicadores dos princípios estoicos.

Em apenas alguns meses desse trabalho, em 2023, foi constatada uma mudança muito significativa no comportamento dos enfermeiros. É perceptível que a

forma e a maturidade com que enfrentam as adversidades têm criado um ambiente muito mais saudável e amistoso.

Entre os resultados, estão melhorias significativas nos indicadores de gestão. Por exemplo, houve uma queda no turnover (Tabela 1), consequência da maior satisfação no trabalho e da redução nas trocas desnecessárias de equipe, o que também impacta o tempo despendido para treinamento e capacitação da equipe.

Tabela 1 – Índices de turnover antes e depois da implantação dos princípios estoicos na gestão do bloco operatório.

PERÍODO	ÍNDICE DE TURNOVER
2021	0,90%
2022	1,07%
2023	Antes da implantação
	1,63%
	Após a implantação
	1,00%

Fonte: elaboração dos autores

Analizando-se os índices de turnover em 2021, 2022 e 2023 (antes da implantação), nota-se uma piora crescente, agravada pelas consequências biopsicossociais da pandemia de covid-19. Imediatamente após a adoção de princípios de gestão baseados no estoicismo, observa-se uma reversão dessa tendência e uma significativa melhora.

Embora a implantação seja recente, já há resultados concretos. Além da melhora em índices quantitativos, como o de turnover, valores intangíveis e variáveis qualitativas, como o clima organizacional, já são muito perceptíveis para a equipe assistencial, o que motiva a liderança a continuar e aprofundar a utilização do estoicismo na gestão, bem como a conduzir mais pesquisas no futuro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A liderança em enfermagem é uma tarefa que exige disciplina, resiliência e atitude para alcançar resultados efetivos. Cultivar virtudes estoicas ajuda a gestão a promover uma cultura mais ética, pois incentiva os

funcionários a serem mais conscientes de suas ações e a trabalharem juntos para alcançar metas comuns. Nesse sentido, o estoicismo pode ser utilizado como uma ferramenta aliada para aprimorar e desenvolver essas características.

REFERÊNCIAS

1. Zanetta C. O estoicismo pode ser a sua ferramenta de liderança. Exame.com. Bússola. 2023 May 17 [Cited 2023 Aug 7]. Available from: <https://exame.com/bussola/o-estoaicismo-pode-ser-a-sua-ferramenta-de-lideranca/>.
2. Stock G. Estoaicismo: Guia Definitivo. São Paulo: Montecristo; 2020.
3. Grimal P. Marco Aurélio, o imperador filósofo. Rio de Janeiro: Zahar; 2018.
4. Epicteto. Manual de Epicteto: a arte de viver melhor. Edson Bini (trad.). 1 ed. São Paulo: Edipro; 2021.



Equipe editorial

Editor-chefe:

Tatsuo Iwata Neto

Editora-executiva:

Mara Márcia Machado

Editora científica:

Elizabeth Fernandes Reis

Sobre a revista

A **Revista Science** é um periódico trimestral, com submissões em fluxo contínuo, *on-line*, de acesso gratuito e revisado por um corpo editorial, com o objetivo de publicar artigos inéditos e atuais que apresentem avanços na gestão em saúde e na busca constante pela excelência.

Trazemos a nossos leitores exemplos práticos de sucesso.

Propósito

Queremos promover uma comunicação totalmente isenta com as instituições de saúde, ensino e pesquisa, com foco na divulgação e disseminação de boas práticas voltadas à gestão em saúde como ferramenta de promoção da qualidade e segurança do paciente.

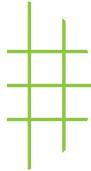
Esperamos, com isso, fomentar o estudo e a promoção de estratégias em saúde que informem e debatam a importância de práticas líderes de gestão, inovação e sustentabilidade do negócio, bem como a geração de valor ao paciente e aos profissionais de saúde no contexto atual.

Uma prática líder é aquela considerada inovadora, centrada nas pessoas, baseada em evidências e implementada por equipes em uma organização.

O que buscamos

Práticas líderes que demonstrem mudanças positivas relacionadas diretamente ao cuidado e a serviços seguros, confiáveis, acessíveis, adequados e integrados.

A **Revista Science** é um espaço para o compartilhamento de conhecimento, com o intuito de reconhecer práticas inovadoras e efetivas. Buscamos, assim, compartilhar com o público geral, formuladores de políticas das organizações interessadas as práticas relacionadas às melhorias e mudanças reais na qualidade e no sistema de saúde. Essas práticas, além de publicadas, também serão promovidas pelo Instituto Qualisa de Gestão - IQG por meio de boletins informativos, webnários do Programa Brasileiro de Segurança do Paciente, conferências e materiais educacionais.



Normas de submissão

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

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

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

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

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

Categorias para publicação

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

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

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

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

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

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

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

Estrutura e preparação de manuscritos

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

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

Página de título deve conter:

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

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

Documento principal

Para os artigos originais, os tópicos seguintes serão obrigatórios:

- Deve conter o título, o resumo, os descriptores e o texto. Não inclui a identificação de nenhum autor.
- **Conteúdo de texto:** introdução, método, resultados, discussão, conclusão e referências, apresentados em seções distintas. Os objetivos devem ser inseridos no final da Introdução.
- **Introdução:** Breve definição do problema estudado, justificando sua importância e as lacunas de conhecimento, a partir de referências atualizadas nacionais e internacionais.
- **Objetivo:** Principal foco do estudo.
- **Método:** Subdividir a seção nos tópicos: desenho do estudo; cenário populacional; critérios de seleção;

definição da amostra (se aplicável); coleta de dados, análise e tratamento de dados, aspectos éticos.

- **Resultados:** Apresentação e descrição dos dados obtidos, sem interpretações ou comentários. Pode conter tabelas, gráficos e números para permitir uma melhor compreensão. O texto deve complementar ou destacar o que é mais relevante, sem repetir dados fornecidos nas tabelas ou números. O número de participantes faz parte da seção resultados.
- **Discussão:** Deve restringir-se aos dados obtidos e resultados alcançados, salientando aspectos novos e relevantes observados no estudo e discutindo o acordo e divergências em relação a outras pesquisas publicadas nacionais e internacionais. Deve indicar as limitações do estudo e os avanços no campo de pesquisa.
- **Conclusão:** Deve ser direta, clara e objetiva, respondendo às hipóteses ou objetivos, e fundamentada nos resultados e na discussão. Não cita referências.
- **Referências:** Máximo de 30 (exceto em estudos de revisão, dependendo da estratégia de busca e seleção). Seguem a proporção de 80% de artigos de revistas, com pelo menos metade deles indexada nas bases de dados internacionais.
- **Citações de referências no texto:** Listados consecutivamente, em numerais árabes sobreescritos e entre parênteses, sem mencionar o nome dos autores (exceto aqueles que representam uma formação teórica). Quando forem sequenciais, indicar o primeiro e o último número, separados por um hífen, por exemplo, 1-4. Quando não sequenciais, devem ser separados por uma vírgula, por exemplo, 1-2,4.
- **Citações de referências no final do texto:** Usar o estilo “Vancouver”, disponível em (https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html). A lista de referência no final do manuscrito deve ser numerada de acordo com a sequência em que os autores foram citados no texto. Os títulos das revistas devem ser abreviados de acordo com a lista de periódicos

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

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

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

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



SCIENCE

www.revistascience.com