



## A QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA BUSCA DE EQUILÍBRIO ENTRE ASSISTÊNCIA E SUSTENTABILIDADE FINANCEIRA DO NEGÓCIO



---

Vol. 3, No. 3 (jul./set. 2022)

**Editora-chefe**

Mara Márcia Machado

**Editor-executivo**

Dr. Felipe Tolaini

**Editor Científico**

Fabrício dos Santos Cirino

**Conselho Editorial**

Amanda Figueiredo Bittencourt

Carlos Eduardo Figueiredo

Luiz Eduardo Bettarello

Nick Guldemond

Peter Lachman

**Comitê Científico**

Elizabeth Fernandes Reis

Lucianna Reis Novaes

Michel Matos de Barros

Andrea Fernandes Vieira

**Direção de arte - diagramação**

DK Studio

Bia Gomes

**Edição e revisão**

Mariana Leite

Dalila Alves

**Fotos**

Shutterstock



# Carta da editora

Líderes de saúde, em todos os níveis de atenção e hierárquicos, devem ter um conjunto diversificado de habilidades para gerenciar a crescente complexidade do ecossistema sanitário atualmente. As exigências de liderança necessárias estão se expandindo em resposta às novas demandas, que vão desde os resultados do atendimento ao paciente até o retorno financeiro, passando por equidade e sustentabilidade.

Neste novo contexto, estamos aprendendo que a essência da medicina não é o médico, e sim a melhor forma de usar a informação e os recursos para mudar a realidade dos pacientes.

Saúde não se trata de infraestrutura (hospitais e aparelhos), trata-se de informação!

Pensar processos de gestão é constituir governança e governabilidade para entender o contexto de extrema incerteza. Exige a configuração de processos de decisão ágeis, descentralizados, coordenados e amplamente baseados em evidências. Paradoxalmente, é requerido que a orientação para um processo decisório baseado em evidências não se traduza em um problema que paralise a organização.

Como há uma profusão de fontes de dados e de tecnologias para capturá-los, muitos gestores se veem às voltas com inúmeros painéis recheados de gráficos de todos os tipos, que entretanto não se traduzem em conhecimento prático para a saúde das pessoas.

Tem sido um longo percurso desde as primeiras discussões sobre valor no sistema de saúde. Vários métodos foram combinados, mas, até aqui, poucas organizações articularam de forma eficiente os elementos básicos que definem uma entrega de valor: pessoas capacitadas, processos modelados em sua realidade e utilização de tecnologias adequadas.

Na jornada de leitura desta edição, espero que cada gestor e gestora encontre as relações e implicações da arquitetura de suas organizações, sobretudo o modelo para resolver problemas e gerenciar pessoas que garanta a sustentabilidade aliada à melhor entrega.

**Mara Márcia Machado**

Editora-chefe

# Sumário



## 05 Editorial 1

Alguns desafios e caminhos para a construção de um sistema de saúde sustentável

## 09 Artigo Original 1

Cultura de notificação de eventos adversos: estudo de caso de um hospital de médio porte

## 19 Relato de Experiência 1

Implementação do programa de identificação precoce e tratamento da sepse: subsídios para aprendizado nas organizações

## 27 Artigo Original 2

Papel da equipe multidisciplinar da Qualidade na implantação e no monitoramento da linha do cuidado de cirurgia de revascularização do miocárdio

## 34 Ensaio 1

Consolidação das empresas de saúde da Bahia: mudança de paradigma diante de aquisições e fusões

## 41 Relato de Experiência 2

Redução do consumo de água em um hospital estadual

## 46 Relato de Experiência 3

Certificação por Distinção de Serviços de Terapia Infusional Assistida: percepção de impactos e melhorias

## 52 Institucional

## 53 Normas de submissão

# Alguns desafios e caminhos para a construção de um sistema de saúde sustentável

Newton Quadros<sup>a</sup>

---

<sup>a</sup> Graduação em Administração de Empresas pela Universidade Salvador; especialização em Qualidade Hospitalar pela Universidade Federal da Bahia (UFBA); MBA em Governança Corporativa pela Business School São Paulo (BSP); vice-presidente da Sociedade Brasileira de Cirurgia Ambulatorial (Sobracam); São Paulo/SP.

Com uma população de 213,3 milhões de habitantes<sup>1</sup>, o Brasil possui apenas 49,8 milhões de pessoas<sup>2</sup> inseridas no sistema suplementar de saúde, ou seja, pouco mais de 23% da população. Essa proporção tem oscilado ao longo de décadas, porém não consegue deslocar-se da faixa dos 50 milhões de habitantes. Assim, 163,2 milhões de brasileiros são atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em especial na atenção à saúde de média e alta complexidade.

A divisão orçamentária destes dois segmentos demonstra a assimetria existente: enquanto o SUS tem um orçamento de R\$ 160 bilhões para 2022, após a redução de 20% estabelecida pelo governo federal, o sistema suplementar de saúde deverá apresentar um gasto aproximado com despesas assistenciais de R\$ 190 bilhões para o ano em curso. Em 2021, enquanto a Variação do Custo Médico Hospitalar (VCMH) foi de 25%, o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) foi de 10,06%. No segundo trimestre de 2022, a taxa de sinistralidade medida pela Agência Nacional de Saúde (ANS) foi de 87% e deve seguir elevada até o final deste ano.

Além dos efeitos diretos dos anos de 2020 e 2021 – auge da pandemia de covid-19 – nas despesas assistenciais em 2022, outros fatores de médio e longo prazos indicam que a curva de custos assistenciais tende a manter uma aceleração positiva e acima dos índices oficiais de inflação: envelhecimento da população, avanços nos tratamentos (e.g., novas medicamentos, materiais especiais, técnicas e tecnologias médicas), inseurança jurídica e decisões políticas não baseadas em contratos e custeio, crises geopolíticas internacionais e efeitos sociais e econômicos decorrentes dos danos climáticos. Além disso, observando as tendências econômicas para 2023, a inflação e os juros deverão permanecer em patamares elevados, embora abaixo dos de 2022, combinados com uma desaceleração econômica mundial e, em especial, no Brasil – que já comprometeu seu teto de gastos e poderá aumentar impostos para cobrir suas despesas

correntes, devido ao agravo da situação fiscal. A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) prevê crescimento de 1,2% para o Brasil em 2023 – menor que a média do G20 (2,8%) e da própria OCDE (1,6%)<sup>3</sup>. A China também está inclusa no grupo de desaceleração do crescimento econômico, com efeito direto sobre o Brasil. Este cenário impacta negativamente o aumento de empregos formais, base para o crescimento dos usuários do sistema privado de saúde. No Brasil, a taxa de desemprego caiu para 9,3% no segundo trimestre de 2022<sup>4</sup>, uma das menores taxas desde 2016, porém a alta registrada foi influenciada por trabalho sem carteira assinada e com baixos salários, ou seja, boa parte informal.

Em analogia às tempestades meteorológicas mais severas, que são resultado de uma combinação complexa e específica de fatores, podemos pensar que o futuro próximo do sistema de saúde brasileiro parece estar exatamente nessa situação. Estamos a caminhar para uma tempestade perfeita? Não se trata apenas da fonte de financiamento dos setores público e privado, trata-se também dos modelos de gestão e de negócio adotados, do baixo uso da tecnologia, das ações incipientes de interoperabilidade de dados e informações, da necessidade de melhores processos de comunicação e cooperação entre os agentes dos sistemas público e privado, da necessidade de um plano de desenvolvimento sustentável a longo prazo e, em especial, da baixa eficiência operacional.

Neste contexto desafiador, podemos olhar para o tema da eficiência operacional, seja no ambiente interno operacional, seja no ambiente externo operacional, como uma das ações estratégicas efetivas para fortalecer o sistema de saúde. Quando olhamos para dentro das empresas e dos grupos econômicos que atuam no setor saúde, percebemos uma agenda de oportunidades de melhoria de desempenho e, consequentemente, redução de custos desnecessários, vital para a sustentabilidade no longo prazo.

Começando pelo ambiente interno, é vital que seja definido claramente o modelo do cuidado que a empresa ou o grupo empresarial deseja oferecer para o mercado – muitas iniciativas de investimento começam pelo modelo de negócio, e não pelo modelo do cuidado. A tendência é construir uma estrutura de serviços que acompanhe a jornada do paciente, conquistando sua fidelidade e adesão ao longo do tempo, com modelos de coordenação do cuidado e de saúde populacional. No entanto, querer fazer tudo pode significar não ser referência em nada e, desta forma, não se destacar no mercado. Por isso, o modelo cooperativo e interconectado traz mais benefícios técnicos e financeiros. Outra iniciativa importante está no campo da melhoria permanente dos processos operacionais, com base em protocolos assistenciais e na medicina baseada em evidência, em um constante ciclo PDCA (*Plan, Do, Check, Act*), com foco em melhorar as entregas para o paciente ao menor custo possível, oferecendo valor na assistência à saúde com desfechos clínicos adequados. Nessa área, as diversas metodologias de gestão pela qualidade oferecem uma ajuda substancial não apenas para instrumentalizar a qualidade dentro das organizações, mas sobretudo para criar uma cultura de qualidade e governança ambiental, social e corporativa (ESG).

Algo muito conhecido e falado, mas pouco praticado refere-se à qualidade da comunicação interna e ao senso de cooperação. Há situações em que o ambiente corporativo se assemelha a um campo de disputas e batalhas individuais ou coletivas, afetando a importante estratégia de caminhar junto para conquistar objetivos comuns e fundamentais para a organização. Por isso é tão importante o investimento nas pessoas e na cultura organizacional. Nesse campo, a qualidade e a maturidade dos líderes são indispensáveis.

Precisou ocorrer uma pandemia para acelerar a regulamentação da telemedicina no Brasil, indispensável para o ecossistema de saúde, em especial em

um país continental e com forte desigualdade social e econômica. A tecnologia é essencial, e devemos falar cada vez mais em programas baseados em inteligência artificial, Internet das Coisas, dispositivos interconectados, hiperautomação, segurança cibernética, interoperabilidade ampla de dados e metodologias e sistemas de medição e avaliação de dados e indicadores em tempo real. Plataformas uniformes ou integradas, programas de avaliações preditivas sinérgicas ao modelo do cuidado, serão o passaporte para as organizações que pretendem sobreviver e expandir seus negócios. Investir em tecnologia da informação significa construir um plano que não tem prazo de término, pois deve ser constante, consistente e com resultados mais efetivos no médio e no longo prazo. As análises sistemáticas em grandes massas de dados de diversas origens e o uso de sistemas avançados para análise desses dados – iniciativa da *Observational Medical Outcomes Partnership* (OMOP) em parceria com a *Observational Health Data Sciences and Informatic* (OHDSI) – são um caminho para aproveitar o grande volume de dados e informações existentes nos sistemas de saúde informatizados, de forma confiável e transparente, em benefício comum.

O hospital é um agente de extrema importância para o sistema de saúde, porém o modelo hospitalocêntrico não será mais suportável, devido a seu elevado custo. Assim, o crescimento do sistema baseado em estruturas hospitalares de grande porte é um erro crasso. A atenção ao paciente pode ser descentralizada, porém integrada. Um exemplo disso é o crescimento da grande cirurgia ambulatorial nos Estados Unidos e sua efetiva redução de custos – acima de 30% –, segundo o sistema público Medicare. No Canadá 83% dos procedimentos cirúrgicos já são realizados nos denominados *Ambulatory Surgery Centers* (ASC), assim como nos EUA; na Dinamarca, 79% das cirurgias são realizadas em centros ambulatoriais; e, na Espanha, 58%, segundo dados de 2019

da *Ambulatory Surgery Center Association* (ASCA). Esse processo de “desospitalização” teve início na década de 1970 nos Estados Unidos, que hoje conta com cerca de 6.500 unidades de cirurgia ambulatorial. No entanto, aqui no Brasil, estamos a dar os primeiros passos mais estruturados. Faltam regulamentação, prioridade do poder público, dados confiáveis e adequado entendimento por parte do setor privado dos benefícios técnicos e financeiros dessa modalidade de serviço.

Considerando que saúde é essencial e prioritária, temos uma grande missão e muito trabalho pela frente. Repensar, inovar, assumir riscos e cooperar são ações indispensáveis para enfrentarmos os desafios do presente e do futuro, para que possamos desenvolver um sistema de saúde sustentável, com qualidade de entrega assistencial para a população e racionalidade em suas estruturas. Afinal, todos nós somos usuários e precisamos ou precisaremos que esse sistema funcione adequadamente.

## REFERÊNCIAS

1. Barros A. População estimada do país chega a 213,3 milhões de habitantes em 2021. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. 2021 Sep 9 [Cited 2022 Sep 13]. Available from: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/31458-populacao-estimada-do-pais-chega-a-213-3-milhoes-de-habitantes-em-2021>
2. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Sala de situação [Internet]. Cited 2022 Sep 13. Available from: [https://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais\\_para\\_pesquisa/Perfil\\_setor/sala-de-situacao.html](https://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/sala-de-situacao.html)
3. Fernandes D. Economia global crescerá 5 vezes mais que brasileira em 2022, diz OCDE. BBC News Brasil [Internet]. 2022 Jun 22 [Cited 2022 Sep 13]. Available from: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-61728160>
4. Belandi C. Desemprego tem queda em 22 estados no 2º trimestre de 2022. Agência IBGE Notícias [Internet]. 2022 Aug 12 [Cited 2022 Sep 13]. Available from: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/34643-desemprego-tem-queda-em-22-estados-no-2-trimestre-de-2022>

# Cultura de notificação de eventos adversos: estudo de caso de um hospital de médio porte

Luciano Cicero da Silva<sup>a</sup>, Maria Fernanda Bernardi dos Santos<sup>b</sup>,  
Murilo Prazeres Martins<sup>c</sup>, Pedro Henrique Ribeiro<sup>d</sup>

## Resumo

Este artigo teve como objetivo apresentar o estudo de caso de um hospital de médio porte do município de Franca, no estado de São Paulo, onde foi desenvolvido um conjunto de estratégias com foco na cultura de notificação de eventos adversos. Foram realizadas análises quantitativa e qualitativa das notificações registradas pelo hospital em dois períodos (2020 e primeiro semestre de 2021; e entre julho de 2021 e maio de 2022), bem como pesquisa bibliográfica sobre a cultura de segurança. Após a investigação, descreveu-se a implantação de um ciclo de melhoria adaptado da metodologia Plan, Do, Check, Act para o modelo Knowledge, Do, Check, Act. Partindo das estratégias de gestão do conhecimento institucional sobre a notificação de

<sup>a</sup> Mestrado em Administração em Serviços de Saúde pela Universidade de Ciências Empresariais e Sociais (UCES, Argentina); MBA em Gestão Integrada da Qualidade em Saúde pela Faculdade Unimed; formação em Gestão da Qualidade pelo Centro Universitário Barão de Mauá; gerente da Qualidade na Unimed Franca; Franca/SP.

<sup>b</sup> Graduação em Farmácia pela Universidade de São Paulo (USP); especialização em Farmácia Hospitalar e Clínica pela Escola de Educação Permanente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (EEP HCFMUSP); especialização em Ensino em Saúde pela Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein; MBA em Gestão em Saúde pela USP; especialista de Gerenciamento de Risco no São Joaquim Hospital e Maternidade; Franca/SP.

<sup>c</sup> Graduação em Engenharia de Produção pela Universidade de Franca (Unifran); assistente de Planejamento e Qualidade na Unimed Franca; Franca/SP.

<sup>d</sup> Graduação em Engenharia de Produção pelo Centro Universitário Municipal de Franca (Uni-FACEF); assistente de Qualidade na Unimed Franca; Franca/SP.

eventos adversos, foram desenhadas ações sistêmicas nos níveis estratégico, tático e operacional. Isso propiciou a disseminação, até mesmo na base operacional da organização, dos conceitos fundamentais de segurança do paciente e gestão de riscos assistenciais, e a disponibilização de ferramentas e métodos adequados que viabilizassem um maior número de notificações. Como resultado, o número de notificações aumentou de forma expressiva já em agosto de 2021, mês seguinte ao início do ciclo. Constatou-se que o envolvimento dos colaboradores nas ações, apoiados pela liderança e pela direção do hospital, contribuiu para o alcance dos resultados.

**Palavras-chave:** Notificação de eventos adversos; Cultura de segurança na saúde; Gestão do conhecimento.

---

## INTRODUÇÃO

A cultura de segurança do paciente é um desafio para a maior parte das organizações de saúde no mundo. Isso porque, historicamente, o setor da saúde tem sido o último a reconhecer que erra e a entender que os fatores humanos e as circunstâncias de risco são inerentes à atenção prestada ao paciente<sup>1</sup>. Um fator crítico para o desenvolvimento de uma cultura assertiva de segurança é a prática de notificação de eventos adversos, pois é comum o entendimento de que a notificação possa trazer punições ou comprometer a prática assistencial<sup>2</sup>.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem reforçando o entendimento dos profissionais da saúde com relação às questões voltadas para a segurança do paciente. Estratégias vêm sendo desdobradas também no nível nacional para que a cultura da segurança possa realmente colaborar com medidas efetivas de gestão de riscos<sup>3</sup>.

Assim, um dos maiores desafios das organizações de saúde está diretamente relacionado à cultura de notificação dos eventos adversos<sup>4</sup>. O conhecimento e o aprendizado gerados pela notificação podem melhorar a confiabilidade dos processos de prestação dos cuidados, enquanto a subnotificação de eventos adversos tende a potencializar a ocorrência de incidentes<sup>5</sup>. Para sanar a cultura de subnotificação, uma

hipótese é que estratégias bem articuladas podem promover resultados efetivos quanto à comunicação e ao registro dos eventos adversos.

Considerando esses aspectos, este estudo buscou responder à seguinte pergunta: Quais estratégias podem fortalecer a cultura de notificação de eventos adversos em organizações de saúde? Para responder a essa pergunta de pesquisa, um conjunto de estratégias foi desenvolvido em um hospital de médio porte em Franca, no estado de São Paulo, onde a cultura de notificação de eventos adversos precisava ser fortalecida, tendo em conta a subnotificação percebida e a baixa notificação de incidentes com dano e quase erros. Como parâmetro, indicadores relacionados à notificação de eventos adversos foram monitorados para que se pudesse perceber a efetividade dessas estratégias.

Este estudo destacou a relevância de as organizações de saúde trabalharem a gestão do conhecimento para promover a melhoria contínua dos serviços e implantar uma cultura não punitiva e de transparência quanto aos erros, promovendo o aprendizado com base na experiência do paciente, mesmo que essa experiência seja fruto de um incidente<sup>6</sup>.

Este estudo teve por objetivo apresentar um caso de sucesso referente à promoção da cultura de notificação de eventos adversos a partir de estratégias desenvolvidas com base nas melhores práticas de segurança do paciente.

A organização em estudo é o São Joaquim Hospital e Maternidade, hospital de médio porte localizado na cidade de Franca, interior do estado de São Paulo. No momento da realização do estudo, a hospital contava com 700 colaboradores e 130 leitos.

## METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo de caso de natureza descritiva, uma vez que retratou o processo de desenvolvimento da cultura de segurança dentro do serviço de saúde, e quantitativa analítica, pois os indicadores de notificação de eventos adversos são preponderantes para a análise dos resultados. Também apresentou informações de natureza qualitativa, incluindo levantamento bibliográfico sobre o tema e consideração das estratégias e ações desenvolvidas com base nos resultados dos dados quantitativos<sup>18</sup>.

Os dados quali-quantitativos foram coletados em setembro de 2021, por meio do questionário validado Pesquisa de Cultura de Segurança do Paciente, respondido por 424 dos 524 colaboradores que trabalhavam na assistência no período.

## DESENVOLVIMENTO E DISCUSSÕES

### 1. Revisão da literatura

A relação causal entre incidentes e suas consequências tem registro desde o Código de Hamurabi<sup>7</sup>, conjunto de leis datado do século XVIII a.C. na Babilônia que estabeleceu a “lei de talião” – a noção de reciprocidade entre crime e pena. Apesar de Hipócrates fazer a referência à ideia de primeiro não causar danos, essa preocupação surge de forma mais enfática em meados do século XIX, mais especificamente em 1863, quando, no prefácio do *Livro Notas sobre Hospitais*<sup>9</sup>, Florence Nightingale ressaltou a

importância de hospitais se atentarem a não causar danos aos pacientes na assistência, dando maior atenção aos quadros infeciosos em virtude da estrutura dos serviços de saúde da época.

Em 1991, Lucien Leape e um grupo de pesquisadores<sup>9</sup> publicaram o resultado de uma ampla pesquisa na qual foram revisados 30.121 registros (selecionados aleatoriamente) feitos em 1984 em 51 hospitais de cuidados agudos, também selecionados aleatoriamente, no estado de Nova York. Foi concluído que grande parte dos eventos adversos com dano ao paciente tinha sua origem na má qualidade da assistência prestada<sup>10</sup>.

Outro importante estudo foi divulgado em 2000 pelo Institute of Medicine dos Estados Unidos da América<sup>1</sup>. No relatório, um grupo de especialistas discute os principais componentes do sistema de saúde norte-americano que podem conduzir a eventos adversos, sendo que alguns destacam-se como frequentes e potencialmente fatais. Esse estudo tornou-se referência para a busca de melhores práticas assistenciais visando à segurança do paciente.

No ano de 2002, foi realizada a 55ª Assembleia Geral da Organização Mundial de Saúde (OMS), na qual foram estabelecidos desafios globais para a segurança do paciente<sup>11</sup>. Após a assembleia da OMS, medidas globais foram implementadas, dentre elas as orientações “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”<sup>12</sup>. E, em 2004, foi lançada a Aliança Global para Segurança do Paciente, também em virtude dos resultados alcançados pela 55ª Assembleia Geral da OMS e desdobrados em desafios globais – um dos que tiveram maior repercussão e ações desenvolvidas foi o de higiene das mãos<sup>13</sup>.

No Brasil, um dos países signatários da Aliança, a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n. 63/2008 estabeleceu boas práticas de funcionamento para os estabelecimentos de saúde. Em sua segunda seção, delinea as estratégias de segurança do paciente<sup>14</sup>.

Já a RDC n. 36/2013 determina a implementação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), com a atribuição de notificação de eventos adversos<sup>3</sup>.

A OMS publicou em 2021 o Plano Global de Segurança do Paciente para o período de 2021 a 2030, composto por sete princípios norteadores com foco no envolvimento do paciente, na gestão estratégica com base em dados e no uso das melhores evidências para práticas seguras. Os sete princípios norteadores são desdobrados em 35 iniciativas, criando uma matriz de sete por cinco. O objetivo principal é garantir e ampliar as estratégias de segurança do paciente estabelecidas nas iniciativas globais anteriores<sup>15</sup>.

### 1.1. Notificação de eventos adversos

A implementação de uma estrutura de gerenciamento de riscos envolve minimamente as etapas de identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional<sup>3</sup>; uma etapa importante e das mais críticas do processo consiste na comunicação dos riscos, que inclui a notificação de eventos adversos para que ações de melhoria possam ser desenvolvidas<sup>16</sup>.

Um aspecto importante da notificação de eventos adversos é a adesão, pois, quanto maior a participação dos profissionais de saúde, mais expressivo é o volume de notificações. Para isso, também é importante

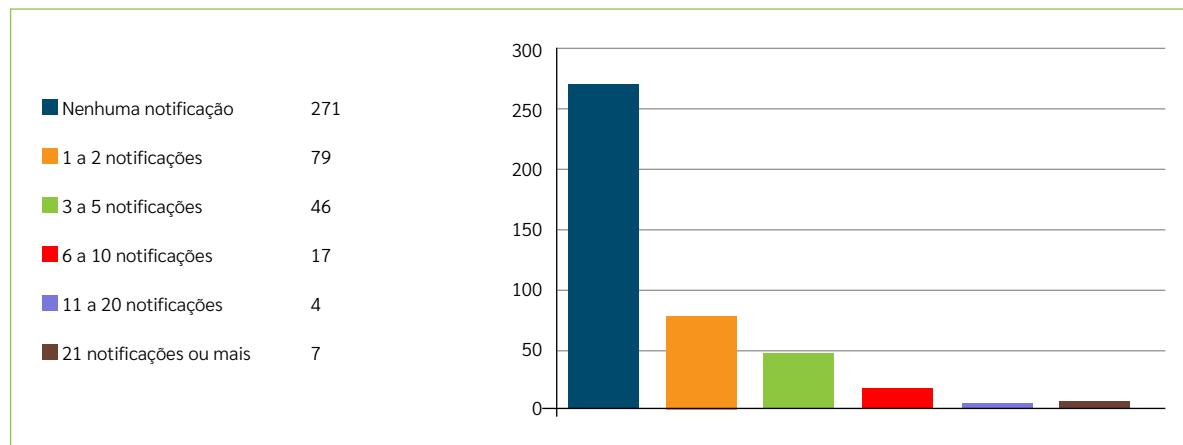
considerar a necessidade de *feedback* sobre as ocorrências, para que os profissionais percebam que as ocorrências são analisadas e ações de melhoria contínua, desenvolvidas<sup>5</sup>.

Essa cultura promove não apenas a notificação de eventos adversos em si, mas também a notificação de quase erros e circunstâncias de risco, que, ainda que não tenham causado danos ao paciente, podem promover o desenvolvimento de melhorias de processos que impactam a segurança do paciente<sup>17</sup>.

## 2. Pesquisa de Cultura do Paciente

Para que se pudesse estabelecer um processo de implementação de melhoria com base no conhecimento adquirido, uma análise de cenário inicial foi realizada, levando em consideração os números de notificações de eventos adversos e o conhecimento que os colaboradores possuíam sobre o tema na instituição.

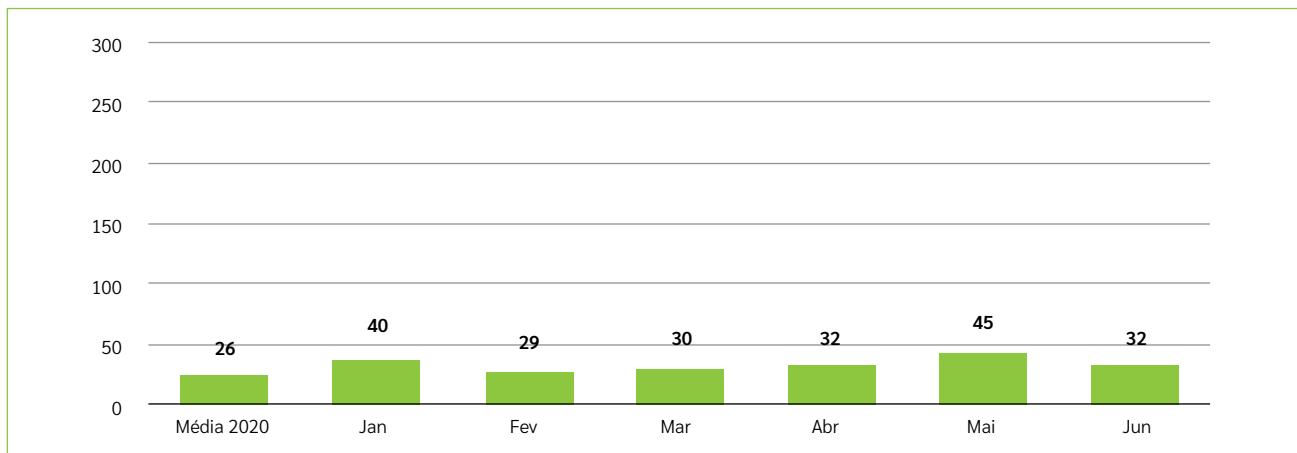
No mês de setembro de 2021, uma pesquisa de cultura de segurança do paciente foi realizada por meio da Pesquisa de Cultura de Segurança do Paciente, instrumento validado e que foi respondido por 424 colaboradores que trabalhavam na assistência do São Joaquim Hospital e Maternidade. O questionário traz uma pergunta importante sobre a última vez em que o colaborador realizou uma notificação de evento adverso<sup>19</sup>. Conforme mostra o Gráfico 1, do total de colaboradores participantes da pesquisa, 271 não notificavam eventos adversos havia mais de um ano.

**Gráfico 1 – Notificações realizadas entre setembro de 2020 e setembro de 2021**

Fonte: elaboração dos autores com base na Pesquisa de Cultura de Segurança do Paciente, realizada em setembro de 2021.

Outro dado importante que chamou a atenção para a necessidade de intervenção foi o número de notificações de eventos adversos e desvios de processos (Gráfico 2), considerado baixo para o porte da instituição (756 colaboradores no total): em

média, 26 notificações por mês em 2020; e 34 notificações por mês no primeiro semestre de 2020. Esse dado indicou a necessidade de se desenvolver estratégias para estimular a notificação dos eventos adversos.

**Gráfico 2 – Número de notificações de eventos adversos (média de 2020 e números mensais entre janeiro e junho de 2021)**

Fonte: elaboração dos autores com base na Pesquisa de Cultura de Segurança do Paciente, realizada em setembro de 2021.

Com base nas informações citadas, foi estabelecido um projeto de intervenção para que os colaboradores e lideranças ganhassem conhecimento sobre o processo de notificação de eventos adversos e pudessem, a partir daí, notificar as ocorrências com foco no

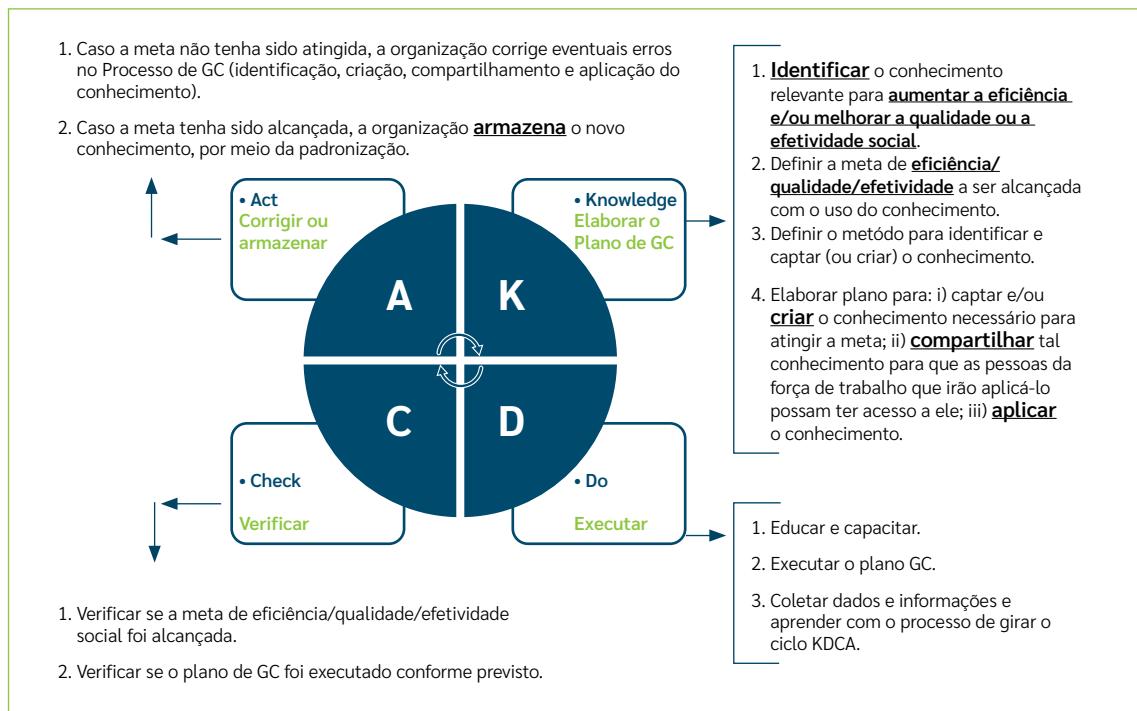
desenvolvimento de ações de melhoria voltadas para a segurança do paciente.

Considerando que o processo de melhoria como cultura organizacional exige atuação com foco na gestão do conhecimento, seguiu-se um modelo

adaptado do ciclo PDCA (*Plan, Do, Check e Act*)<sup>20</sup>, cujo foco está mais voltado para a melhoria do processo; então, a versão adaptada considerou o contexto de mudança de cultura e alterou o foco para a gestão

do conhecimento (*Knowledge*), a fim de alcançar desempenho organizacional<sup>21</sup>. Sendo assim, substitui-se P por K, estruturando um ciclo de conhecimento, o KDCA, conforme Figura 1.

**Figura 1 – Ciclo KDCA para estruturação da gestão do conhecimento**



Legenda: GC: gestão do conhecimento; KDCA: Knowledge, Do, Check, Act.

Fonte: Batista (2012)<sup>22</sup>

Com base na estrutura do ciclo KDCA, foi desenvolvido um projeto de melhoria que contribuísse para o aumento do número de notificações de eventos adversos a partir do maior envolvimento dos colaboradores com a cultura de segurança do paciente por meio da percepção de quase erros (situações que não causaram danos ao paciente), circunstâncias de risco (falhas operacionais e de processos que podem comprometer a segurança do paciente) e eventos adversos (erros no processo assistencial com dano direto ao paciente).

O planejamento de gestão do conhecimento e de estratégias de resultados com foco na melhoria da

cultura de percepção de riscos foi desenhado dentro da estrutura do KDCA, em que o plano de trabalho envolvendo processos, pessoas e tecnologia foi fundamental para que a implementação alcançasse o resultado esperado. As estratégias de implementação foram estruturadas dentro de módulo de Gestão de Projetos do Soul MV, software de gestão em saúde utilizado pela equipe da qualidade para monitoramento contínuo. A estrutura de trabalho fez parte do Plano de Trabalho da Qualidade e passou a ser acompanhado também pela direção, pela gestão e pela liderança do hospital. A Tabela 1 mostra as etapas de implementação do ciclo KDCA.

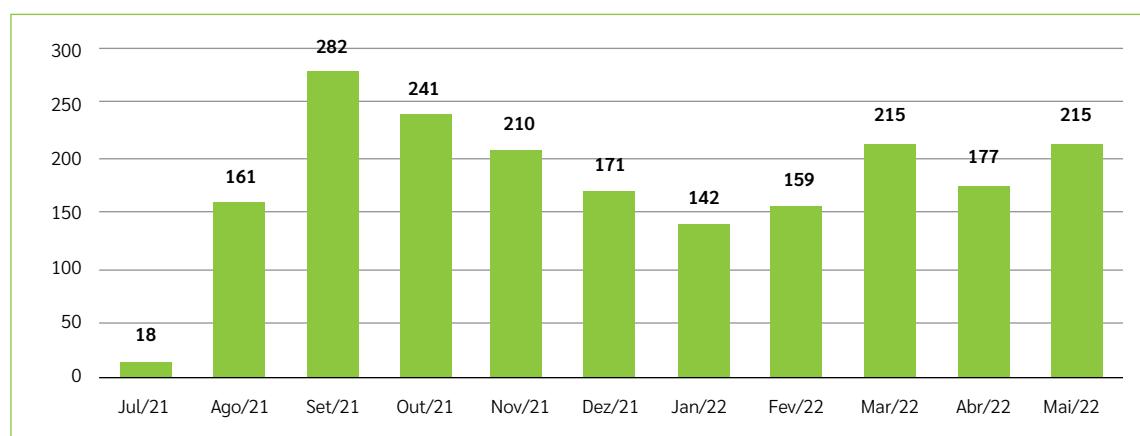
**Tabela 1** – Etapas do ciclo KDCA e respectivas ações implementadas

ETAPAS	AÇÕES
Etapa K <i>KNOWLEDGE</i> Elaborar Plano de Gestão do Conhecimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>Analisar criticamente o resultado da Pesquisa de Cultura de Segurança do Paciente para perceber o nível de conhecimento dos colaboradores quanto ao uso das ferramentas de notificação.</li> <li>Redefinir a estrutura de gestão de riscos clínicos para facilitar o conhecimento dos riscos e das barreiras de segurança.</li> <li>Estabelecer um plano de treinamento voltado para notificação de eventos adversos, fomentando o conhecimento das ferramentas de notificação.</li> <li>Redefinir método de notificação de eventos adversos.</li> </ul>
Etapa D <i>DO</i> Executar	<ul style="list-style-type: none"> <li>Revisar os mapas de riscos e barreiras de segurança.</li> <li>Definir mais um canal de notificação de ocorrências, via aplicativo no Canal do Colaborador.</li> <li>Informatizar a estrutura de gerenciamento de riscos.</li> <li>Treinar os colaboradores no módulo de gestão de riscos e ocorrências.</li> </ul>
Etapa C <i>CHECK</i> Verificar	<ul style="list-style-type: none"> <li>Monitorar os indicadores de notificação de eventos adversos.</li> <li>Realizar auditoria de barreiras de segurança nos processos assistenciais.</li> <li>Realizar rounds de segurança para devolutiva aos colaboradores quanto às ocorrências registradas.</li> </ul>
Etapa A <i>ACT</i> Corrigir ou armazenar	<ul style="list-style-type: none"> <li>Caso não haja adesão à notificação de eventos adversos, rever a estratégia e estabelecer novas ações.</li> </ul>

Fonte: elaboração dos autores.

O plano de desenvolvimento das estratégias para aumento das notificações teve início em abril de 2021, com ações ainda voltadas para adequação do sistema de notificação, implementação da opção de notificação de eventos pelo aplicativo e desenho do planejamento dos treinamentos, que envolveu todos os processos assistenciais. Os colaboradores começaram a ter acesso ao

sistema, aos canais de notificação e aos treinamentos em julho de 2021. As ações foram massivas e envolveram a instituição como um todo, pois estratégias de comunicação também foram atreladas ao treinamento, por meio de boletins internos e demais canais de comunicação interna. Conforme o Gráfico 4, o número de notificações passou a aumentar já em agosto de 2021.

**Gráfico 3** – Evolução do número de notificações de eventos adversos entre julho de 2021 e maio de 2022

Fonte: elaboração dos autores.

Após as intervenções definidas no KDCA, já a partir de agosto o número de notificações de eventos adversos atingiu resultados mais significativos. A princípio, foi solicitado aos colaboradores que notificassem todas as situações que percebessem estar relacionadas à segurança do paciente, e esse foi um dos fatores que contribuíram para que se atingisse a maior marca do período em agosto. Outras situações, como achados de auditoria clínica e auditoria concorrentes caracterizados como evento adverso, também passaram a ser notificadas. Todas as estratégias definidas foram realizadas conforme o plano e de acordo com cronograma definido previamente pela qualidade, com acompanhamento da gestão e da direção do hospital.

Durante o processo de treinamento dos colaboradores, percebeu-se que as lideranças tinham mais conhecimento relacionado com a segurança do paciente. Os colaboradores não tinham o entendimento de que eles também poderiam notificar eventos adversos, o que se revelou ser uma das maiores causas de subnotificação. Com o trabalho desenvolvido com foco na capacitação e na orientação quanto a riscos, barreiras, canais de notificação e cultura não punitiva, os colaboradores aderiram sem dificuldades aos canais disponibilizados para notificação.

Outro ponto importante nesse processo foi a revisão dos canais e métodos de notificação. A informatização do processo de notificação facilitou a aderência dos colaboradores – o maior número de notificações foi feito via sistema. Para facilitar o acesso à notificação, foi inserido um ícone na área de trabalho.

As notificações anônimas de eventos adversos tiveram maior volume, cabendo à equipe da qualidade analisar com maior atenção e classificar as ocorrências, definindo a pertinência ou não para o seguimento de tratativa. Durante as devolutivas aos setores, os colaboradores eram informados sobre o que era passível ou não de notificação.

Apesar do volume considerável de notificações na comparação com os números anteriores às intervenções, percebe-se que as ocorrências são menos graves; ao longo do tempo, os colaboradores foram notificando mais ocorrências relacionadas a processos que podem causar dano ao paciente, e as notificações de quase erro também passaram a ser registradas

## CONCLUSÃO

A identificação e a notificação de eventos adversos nas organizações de saúde são tarefas desafiadoras por dependerem da adesão e do envolvimento de pessoas, além de metodologias e ferramentas adequadas. Quando qualquer um desses processos não está alinhado – ou seja, quando as pessoas não se engajam, as metodologias não agregam e as ferramentas são inviáveis –, o resultado fica muito aquém do que se espera. Este trabalho se propôs a evidenciar o quanto o alinhamento de estratégias pode contribuir para diminuir a subnotificação de eventos adversos e para o engajamento das pessoas, por meio da disseminação da cultura de segurança em toda a organização.

Percebeu-se que, antes das intervenções implementadas por meio da metodologia KDCA, o número de notificações de eventos adversos era considerando baixo para um serviço de saúde de médio porte. Por meio de uma pesquisa de cultura de segurança, os dados evidenciaram que ações de melhoria para aumento de notificação seriam efetivas, visto que um baixo número de colaboradores realizava notificações de forma frequente.

Tais intervenções, que envolveram a adequação de canais e da tecnologia, a revisão de métodos e a capacitação dos colaboradores, contribuíram para o aumento no número de notificações. A média de notificações seguiu elevada durante dez meses, demonstrando que as ações propostas foram mantidas ao longo do tempo.

O trabalho limitou-se a evidenciar estratégias para elevar as notificações, não abordando questões relacionadas aos tipos, às características e à resolutividade das ocorrências notificadas. Esses assuntos podem ser trabalhados em pesquisas futuras.

Conclui-se que ações sistêmicas e de envolvimento da liderança e das equipes de linha de frente promovem

melhores resultados quando se trata de estímulo à cultura de notificação de eventos adversos. Outro aspecto importante a ser considerado é que, quando os colaboradores da linha de frente são inseridos nas estratégias, os resultados podem ser percebidos mais rapidamente, pois o colaborador se sente inserido e se compromete com o resultado da instituição.

## REFERÊNCIAS

1. Institute of Medicine (US), Committee on Quality of Health Care in America. To Err is Human: Building a Safer Health System. Kohn L, Corrigan JM, Donaldson MS (ed.). Washington (DC): National Academies Press (US); 2000. <https://doi.org/10.17226/9728>
2. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. *N Engl J Med*. 1991 [Cited 2022 Aug 30];324(6):370-376. <https://doi.org/10.1056/NEJM199102073240604>
3. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Available from: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036\\_25\\_07\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html)
4. Pereira JA, Amaro MOF, Mendonça ET, Domingos CS, Siman AG, Carvalho CA. Fatores facilitadores e dificultadores para a prática de notificação de eventos adversos por enfermeiros. *Rev. Eletr. Acervo Saúde*. 2021 [Cited 2022 Aug 30];13(2):1-8. Available from: <https://doi.org/10.25248/reas.e6235.2021>
5. Silva CRM. Gestão do conhecimento com foco na segurança do paciente: proposta de um modelo de gestão para hospitais [dissertação]. São Paulo: Universidade Nove de Julho; 2015 [Cited 2022 Aug 30]. Available from: <http://bibliotecade.uninove.br/handle/tede/1197>
6. Bezerra PRC, Ramos REB, Ramos PCF, Sena Júnior MR. Qualidade em serviços de saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2006.
7. The Eleventh Edition of the Encyclopaedia Britannica apud História Blog. O Código de Hamurabi. Available from: <https://historiablog.files.wordpress.com/2013/02/cc3b3digo-de-hamurabi.pdf>
8. Smith CM. Origin and uses of primum non nocere – above all, do no harm! *J Clin Pharmacol*. 2005 [Cited 2022 Aug 30];45(1):371-377. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15778417/>
9. Nightingale F. Notes on Hospitals. 3rd ed. Londres: Longman Green; 1863.
10. Leape LL, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA et al. The nature of adverse events in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med*. 1991 [Cited 2022 Aug 31];324(6):377-384. <https://doi.org/10.1056/NEJM199102073240605>
11. World Health Organization. Fifty-Fifth World Health Assembly - Resolutions and Decisions Annexes. 2002 [Cited 2022 Aug 31]:23-24. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259364/WHA55-2002-REC1-eng.pdf?>
12. Organização Pan-Americana da Saúde, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS). 2009 [Cited 2022 Aug 31]. Available from: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca\\_paciente\\_cirurgias\\_seguras\\_salvam\\_vidas.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgias_seguras_salvam_vidas.pdf)
13. World Health Organization, World Alliance for Patient Safety. Forward Programme 2006–2007. 2006 [Cited 2022 Aug 31]. Available from: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69349/WHO\\_EIP\\_HDS\\_PSP\\_2006.1\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=true](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69349/WHO_EIP_HDS_PSP_2006.1_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=true)
14. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Resolução nº 63, de 9 de setembro de 2008 [Cited 2022 Aug 2022]. Dá nova redação ao artigo 34 da Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998. Available from: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0063\\_09\\_09\\_2008.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0063_09_09_2008.html)
15. World Health Organization. Global Patient Safety Action Plan 2021-2030. Geneva: World Health Organization; 2021.
16. Lima SS. Sistema de Notificação de Eventos Adversos: Contributos para a Melhoria da Segurança do Doente [dissertação]. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública; 2011 [Cited 2022 Aug 30]. Available from: <https://repositorio.ulusofona.pt/handle/10400/10000>

- 2022 Aug 31]. Available from: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/9417/3/RUN%20-%20Dissertação%20de%20Mestrado%20-%20Sara%20Lima.pdf>
17. Lotufo FAH. Caracterização do Near Miss materno em unidade de terapia intensiva [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas; 2010 [Cited 2022 Aug 31]. Available from: <https://hdl.handle.net/20.500.12733/1611685>
18. Sampieri RH, Collado CF, Lucio PB. Metodología de la Investigación. 6th ed. Santa Fé: Mcgraw-Hill/Interamericana Editores; 2014.
19. Hedsköld M, Pukk-Härenstam K, Berg E, Lindh M, Soop M, Øvretveit J, et al. Psychometric properties of the hospital survey on patient safety culture, HSOPSC, applied on a large Swedish health care sample. *BMC Health Serv Res*. 2013 [Cited 2022 Aug 31];13:332. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3765335/>
20. Deming WE. Qualidade. Rio de Janeiro: Saraiva; 1990.
21. Batista FF. Modelo de Gestão do Conhecimento para a Administração Pública Brasileira. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2012.

# Implementação do programa de identificação precoce e tratamento da sepse: subsídios para aprendizado nas organizações

Juliana Antunes da Silva Pereira<sup>a</sup>; Viviane Cristina Caetano Nascimento<sup>b</sup>; Fabiana Costa Silva<sup>c</sup>; Ruan Braz de Araujo<sup>d</sup>; Mariana Andrade Magalhães da Silva<sup>e</sup>; Ana Carolina Rodrigues Fortes<sup>f</sup>; Luiz Fernando Nogueira Simvouldidis<sup>g</sup>

<sup>a</sup> Graduação em Enfermagem pela Faculdade Bezerra de Araújo (Faba); pós-graduação em Enfermagem em Terapia Intensiva pela Faculdade Unyleya; MBA em Qualidade e Acreditação Hospitalar pela Faculdade Unyleya; analista de qualidade no Hospital Unimed Rio; Rio de Janeiro/RJ.

<sup>b</sup> Graduação em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP); pós-graduação em Epidemiologia Hospitalar pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp); MBA em Gestão em Saúde e Controle de Infecção Hospitalar pelo Instituto Nacional de Ensino Superior e Pesquisa (Intesp); pós-graduação em Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente pelo Albert Einstein Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa; gerente de Qualidade e Processos no Hospital Unimed Rio; Rio de Janeiro/RJ.

<sup>c</sup> Graduação em Enfermagem pela Associação Brasileira de Ensino Universitário (ABEU); especialização em Enfermagem Cardiológica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); enfermeira na rotina de protocolos gerenciados no Hospital Unimed Rio; Rio de Janeiro/RJ.

<sup>d</sup> Graduando em Análise e Desenvolvimento de sistemas pelo Centro Universitário Carioca (Unicarioca); auxiliar-administrativo de protocolos gerenciados no Hospital Unimed Rio; Rio de Janeiro/RJ.

<sup>e</sup> Graduação em Engenharia de Produção pelo Centro Universitário Moacyr Sreder Bastos (UniMSB); assistente de Qualidade no Hospital Unimed Rio; Rio de Janeiro/RJ.

<sup>f</sup> Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); pós-graduação em Pacientes Críticos pela UFRJ; MBA em Gestão Estratégica de Pessoas, Liderança e Coaching pela Faculdade Descomplica; supervisora de Enfermagem da Pediatria no Hospital Unimed Rio; Rio de Janeiro/RJ.

<sup>g</sup> Graduação em Medicina pela Universidade Federal Fluminense (UFF) com residência em Clínica Médica no Hospital da Lagoa, residência em Medicina Intensiva no Instituto Nacional de Câncer (Inca); coordenador-médico do protocolo gerenciado da sepse e diretor-médico no Hospital Unimed Rio; Rio de Janeiro/RJ.

## Resumo

Sepse e choque séptico afetam milhões de pessoas em todo o mundo a cada ano, com mortalidade entre um sexto e um terço das pessoas acometidas. A implementação de um protocolo gerenciado de sepse permite o monitoramento contínuo da prática clínica e da qualidade na assistência ao paciente, proporcionando indicadores que auxiliam a busca de melhoria contínua. Este relato teve como objetivo descrever como foi implementado o protocolo de sepse em um hospital privado no município do Rio de Janeiro. Para tanto, foi instituído o time sepse, composto por uma equipe multidisciplinar, e foram elaboradas ferramentas informatizadas para manejo do protocolo e alertas de detecção precoce para identificação mais rápida do paciente séptico. Durante o processo de introdução do protocolo, foi necessário adequar o fluxo de dispensação de medicamentos; disponibilizar antimicrobianos na farmácia-satélite do pronto atendimento; estruturar acordos entre os serviços e as áreas de apoio; adquirir equipamentos laboratoriais (*point of care*); promover uma mudança de cultura, por meio de treinamentos aplicados a toda a equipe assistencial. O protocolo gerenciado de sepse possibilitou acompanhar e mensurar dados importantes para a prática clínica voltada ao paciente com quadro de sepse/choque séptico.

**Palavras-chave:** Protocolo de sepse; Qualidade em saúde; Mortalidade.

---

## INTRODUÇÃO

Sepse pode ser definida como presença de disfunção orgânica ameaçadora à vida em decorrência de resposta desregulada do organismo à presença de infecção, independentemente de ser causada por bactérias, vírus, fungos ou protozoários. Manifestando-se em diferentes estágios clínicos de um mesmo processo fisiopatológico, a sepse é um desafio, para o profissional de saúde de praticamente qualquer especialidade, pela necessidade de pronto reconhecimento e tratamento precoce<sup>1</sup>.

Em âmbito mundial, de 20 a 30 milhões de pessoas morrem de sepse por ano – ou seja, mil pessoas por hora e 24 mil por dia. No Brasil, estima-se que haja 600 mil novos casos da doença anualmente; a síndrome é uma das principais causas de mortalidade hospitalar tardia, superando o infarto do miocárdio e o câncer. As razões para essas elevadas taxas de mortalidade são variadas e estão associadas ao envelhecimento populacional, às crescentes intervenções de alto risco, a

patógenos mais virulentos e resistentes a antibióticos e ao diagnóstico tardio e/ou inadequado<sup>1</sup>.

De acordo com as diretrizes de 2021 da Campanha Sobrevivendo à Sepse (*Surviving Sepsis Campaign*)<sup>2</sup>, os procedimentos operacionais da sepse, inicialmente especificados como Terapia Precoce Guiada por Metas (*Early Goal Directed Therapy*), evoluíram para o "cuidado usual", que inclui uma abordagem padrão com componentes do pacote de sepse: identificação precoce, lactato, culturas, antibióticos e fluidos. Uma grande pesquisa avaliou a associação entre a implementação de protocolos mandatórios de sepse, a conformidade e a mortalidade, por meio de estudo de corte retrospectivo de 1.012.410 admissões por sepse em 509 hospitais nos Estados Unidos que examinou a mortalidade antes (27 meses) e depois (30 meses) da implementação dos regulamentos de sepse do estado de Nova York, com uma população de controle concurrente de quatro outros estados, concluindo que a mortalidade foi menor em hospitais com maior adesão ao cumprimento dos pacotes de sepse com sucesso<sup>3</sup>.

A implementação dos protocolos é um componente crítico da excelência no tratamento da sepse. Utilizar protocolos baseados nas melhores práticas contribui para que os serviços garantam uma assistência de alta qualidade na linha do cuidado ao paciente séptico<sup>3</sup>.

Diversos estudos já mostraram que a implementação de protocolos visando à melhoria da qualidade no atendimento a esses pacientes associa-se à redução de mortalidade. No Brasil, um estudo mostrou que essa implementação não apenas resulta em melhora de desfechos, como também está associada à redução de custos. O reconhecimento precoce é a chave para o tratamento adequado, uma vez que o tratamento adequado nas primeiras 6 horas tem clara implicação no prognóstico – medidas simples e imediatas, como coleta de lactato, culturas, antimicrobianos e ressuscitação hemodinâmica, podem salvar vidas. Assim, todas as instituições devem treinar suas equipes multiprofissionais para reconhecer os primeiros sinais de gravidade<sup>4</sup>.

O Hospital Unimed Rio, no município do Rio de Janeiro e que possui 110 leitos na unidade de internação adulto, 59 leitos na unidade de terapia intensiva, dez leitos na unidade semi-intensiva e um pronto atendimento de porta aberta, foi motivado a implantar um protocolo de sepse pela prevalência de internações com diagnóstico de infecção.

A implementação do protocolo de sepse, realizada a partir de 2017, trouxe diversos benefícios para o hospital, que na época passava por seu primeiro processo de acreditação hospitalar.

## METODOLOGIA

Com a necessidade constante de melhorias e de monitoramento do protocolo de sepse, foi necessária a implementação de um escritório especializado. O escritório foi idealizado em junho 2017, composto por uma equipe de três integrantes (um médico coordenador, um enfermeiro e um assistente administrativo). Com

base no Roteiro de implementação de protocolo assistencial gerenciado de sepse, publicado pelo Instituto Latino-Americano para Estudos da Sepse (Ilas)<sup>1</sup>, foi elaborada uma ficha informatizada para registro das ações e seguimento do protocolo, por sua vez composto por um painel de exames laboratoriais específicos que contemplasse a sinalização de prioridade para o laboratório. Na prescrição médica, foi criada uma sinalização de “Agora Sepse”, para que a farmácia fosse notificada sobre a prioridade de atendimento e dispensasse o antimicrobiano com uma etiqueta de cor laranja com o termo “Sepse”, sinalizando a equipe de enfermagem no ato do recebimento. Além disso, foram implementadas algumas ferramentas informatizadas, tais como um alerta de elegibilidade na abertura do protocolo – sinalização criada a partir da combinação de alterações nos sinais vitais e nos resultados de exames laboratoriais. Esse alerta é apresentado no acionamento do prontuário eletrônico do paciente (PEP) e fica visível a todos os membros da equipe assistencial. Todas essas práticas foram agregadas ao prontuário eletrônico da instituição, o que possibilitou o monitoramento *on-line* de todos os pacientes e viabilizou os processos do protocolo.

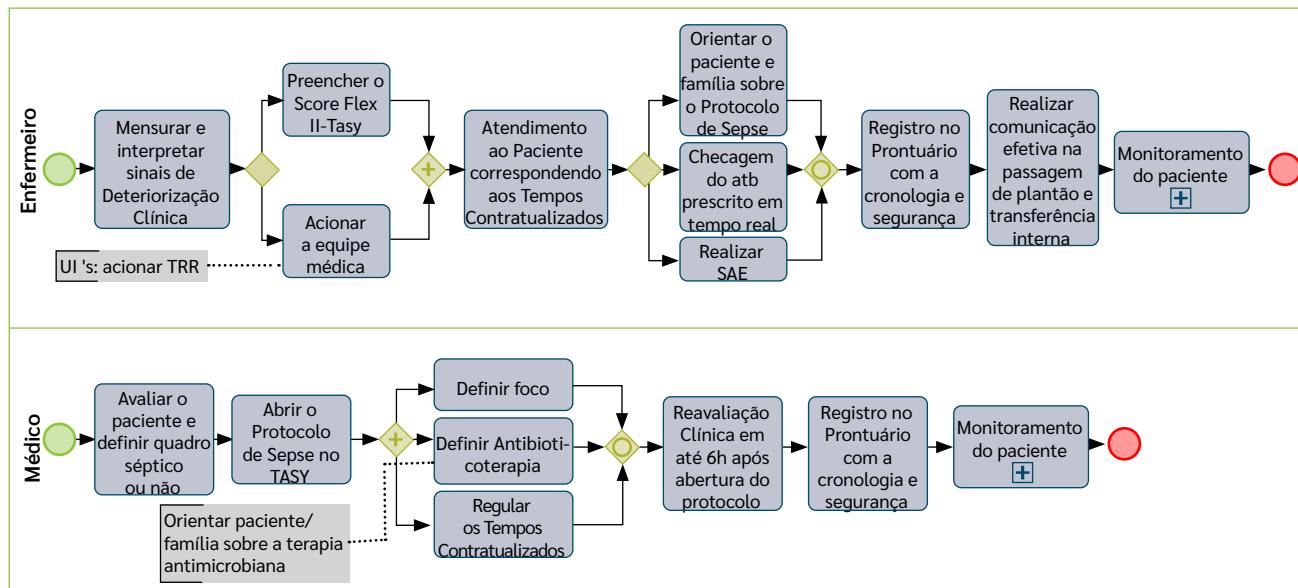
Para a realização da auditoria dos pacientes inseridos no protocolo, foi elaborado no prontuário eletrônico um relatório que viabilizou o mapeamento dos pacientes mediante a abertura da ficha e, assim, a realização da auditoria de forma retrospectiva (incluindo exames solicitados, prescrição e administração de antibióticos, resultados de exames laboratoriais) e o acompanhamento do desfecho clínico dos pacientes com diagnóstico de sepse.

A fim de incorporar uma forma de identificação precoce, adotou-se a busca ativa dos pacientes elegíveis ao protocolo que não tivesse esse registro na ficha. Nas unidades de internação, essa identificação foi viabilizada pela emissão de um relatório de registro de acionamentos do Time de Resposta Rápida (TRR) e, nas unidades de terapia intensiva, foi feita a busca

ativa por emissão do relatório de uso de norepinefrina – que possibilitou o monitoramento dos pacientes que haviam utilizado a droga e atendiam aos critérios de choque séptico.

Para uma melhor adesão às etapas do protocolo, um fluxograma (Figura 1) foi construído e disponibilizado em todos os consultórios do pronto atendimento e dos setores assistenciais.

**Figura 1 – Fluxograma do protocolo de sepse**



Fonte: Hospital Unimed Rio

Disponibilizou-se, também, o guia da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) a respeito da antibioticoterapia empírica para infecções comunitárias e infecções associadas à assistência à saúde, que serviu como norteador para uma escolha mais assertiva no tratamento.

A criação do time especializado contou com a participação de uma equipe composta pelos coordenadores médicos da unidade de internação, das unidades de terapia intensiva e do pronto atendimento, além de infectologista, farmacêutico, coordenação do laboratório, gerência de enfermagem e enfermeira da Tecnologia da Informação e Educação Continuada. Posteriormente, foram acrescentadas as equipes de cuidados continuados, fisioterapia e assistência social.

Com a viabilização dos dados, foi possível otimizar treinamentos pautados nas não conformidades, permitindo

a melhoria constante das práticas e a interação entre os membros da equipe assistencial atuante no protocolo. Os treinamentos foram elaborados a partir de casos clínicos, utilizando a metodologia de simulação realística, com todo o fluxo do protocolo abordado e toda a equipe multidisciplinar, contemplada.

Anualmente, em comemoração do Dia Mundial da Sepse (13 de setembro), campanhas educativas com jogos interativos passaram a ser promovidas a fim de aumentar a adesão ao protocolo e ratificar a importância da identificação e do tratamento precoces da sepse.

Após a primeira visita do Instituto Qualisa de Gestão (IQG) para a avaliação do programa de certificação por distinção da identificação precoce e tratamento da sepse, o escore para detecção de sepse nos pacientes das unidades de internação foi adaptado e integrado ao sistema, a fim de auxiliar a identificação

dos pacientes com sepse: uma adaptação do *Modified Early Warning Score* (MEWS, escala de alerta cuja principal finalidade é identificar precocemente sinais de deterioração clínica do paciente) foi inserida no prontuário eletrônico dos pacientes. Nesse novo escore, foi acrescentada a avaliação da disfunção orgânica, com os seguintes itens: oligúria, hipotensão ( $>90$  mmHg ou PAM  $>70$  mmHg), rebaixamento do nível de consciência, dispneia e/ou saturação  $>90\%$ . Também foi otimizada a pontuação da escala, com as seguintes ações previstas: se 1 ponto, reavaliação dos sinais vitais em uma hora; se 2 pontos, reavaliação dos sinais vitais em 30 minutos; se 3 pontos, reavaliação dos sinais vitais em dez minutos; se 4 pontos, avaliação médica em 30 minutos e acionamento da equipe integrante do time de resposta rápida (código verde); se de 5 a 15 pontos, avaliação médica em dez minutos e acionamento da equipe integrante do time de resposta rápida (código amarelo); e, se 16 ou mais pontos, atendimento imediato com acionamento da equipe integrante do time de resposta rápida (código azul).

Para o pronto atendimento, implementou-se a escala de Manchester modificada com os critérios de síndrome da resposta inflamatória sistêmica (Sirs). De acordo com essa escala, o paciente que apresentar os critérios definidos no protocolo durante a triagem realizada pela enfermagem ganha uma sinalização diferenciada e tem prioridade de atendimento. Dessa forma, a triagem tornou-se mais sensível a fim de não deixar passar casos com potencial de gravidade.

Ao longo de um ano, o gerenciamento do protocolo da sepse desencadeou a necessidade de criação de outros protocolos, fomentou a criação da equipe de cuidados paliativos e fortaleceu a interação com as comissões obrigatórias (Comissão de Revisão de Óbito e Comissão de Revisão de Prontuário).

Com as auditorias dos casos de sepse e choque séptico, foi possível identificar que o foco infeccioso pulmonar era prevalente na instituição. Esse dado, associado ao perfil epidemiológico de pacientes com múltiplas

comorbidades e idosos, motivou a implementação do protocolo de prevenção de broncoaspiração.

As análises dos dados de letalidade identificaram que a maioria dos pacientes que haviam evoluído a óbito por sepse ou choque séptico tinham doenças crônico-degenerativas. O protocolo para pacientes acompanhados pela equipe de cuidados paliativos não contempla pacientes com quadro de sepse/choque séptico em cuidados de fim de vida; os casos instituídos como cuidados paliativos abrem o protocolo e na análise de desfecho óbito são expurgados da taxa de letalidade.

Recentemente foi realizada uma adaptação na ficha de transferência intersetorial do médico para contemplar as pendências e a continuidade do protocolo na transição do cuidado. Após as etapas do pacote da primeira hora, o paciente que inicia o protocolo na unidade do pronto atendimento ou na unidade de internação e que cumpre os critérios para internação na terapia intensiva deve ser reavaliado em até seis horas após a abertura do protocolo. Para que essa continuidade do cuidado fosse efetiva e estivesse registrada no prontuário para posterior coleta de dados, foram incluídos os campos “paciente em protocolo de sepse” e “pendências”, nos quais o médico passou a registrar se o paciente necessitará de uma nova coleta de lactato, de reavaliação da volemia e de nova etapa de *bolus* de volume.

Por fim, nas análises dos óbitos, a Comissão de Revisão de Óbito fez uma adaptação na ficha de análise, que passou a indicar se o caso tem relação com alguma não conformidade relativa ao protocolo de sepse.

## RESULTADOS

Com a implementação do escritório de protocolos, foi possível monitorar alguns indicadores, como: letalidade; percentual de antibiótico administrado em até uma hora após abertura do protocolo; percentual de

entrega do resultado do primeiro lactato pelo laboratório em até 30 minutos; e percentual de coleta da hemocultura em até 40 minutos. Com isso, foi possível traçar o perfil epidemiológico de pacientes com sepse/choque séptico global e por setor onde o protocolo foi iniciado, reforçando a microgestão setorial.

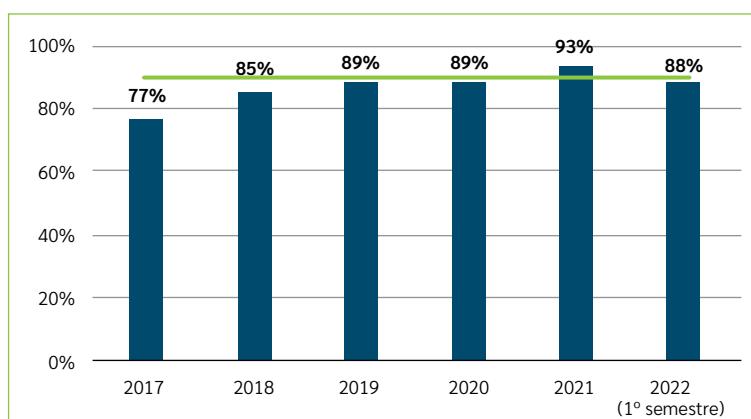
A instituição participa do programa de qualidade do Ilas e utiliza a meta recomendada pelo manual de implementação do protocolo – 90% de conformidade,

exceto para o indicador de coleta de segundo lactato, cuja meta é 70%.

De janeiro de 2017 a junho de 2022, o hospital registrou 2.846 casos de sepse e choque séptico. Nesse mesmo período, o perfil de faixa etária predominante foi >86 anos.

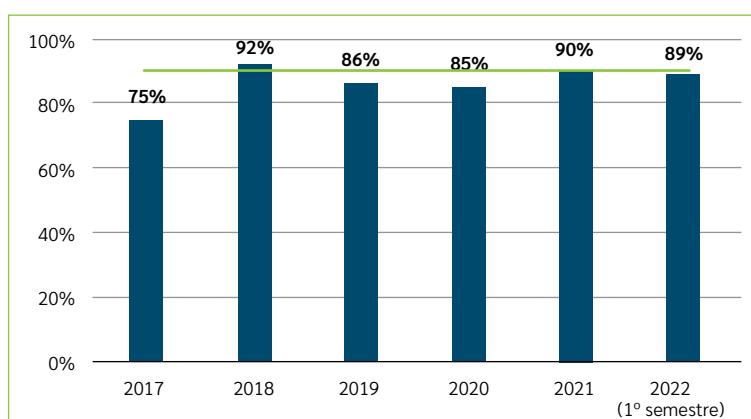
Os gráficos de 1 a 5 apresentam os dados relativos a administração de antibiótico (primeira hora), primeiro e segundo lactatos, hemocultura e letalidade por sepse e choque séptico.

**Gráfico 1** – Percentual de antibiótico administrado em até uma hora após abertura do protocolo de sepse, de 2017 ao primeiro semestre 2022



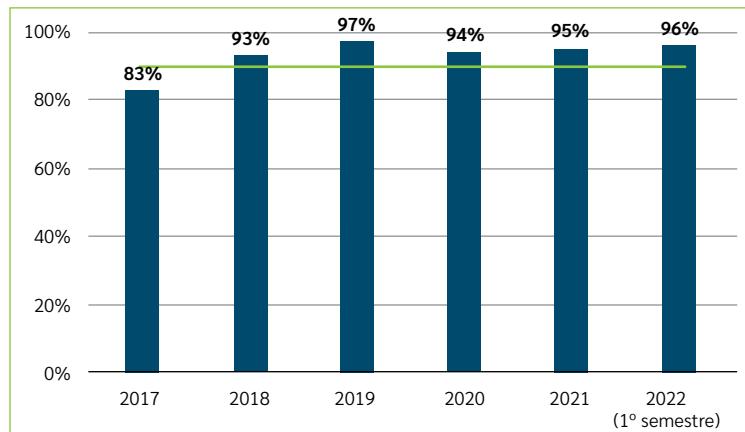
Fonte: Hospital Unimed Rio. Rio de Janeiro/RJ.

**Gráfico 2** – Percentual de entrega do primeiro lactato em até 30 minutos após abertura do protocolo de sepse, de 2017 ao primeiro semestre de 2022



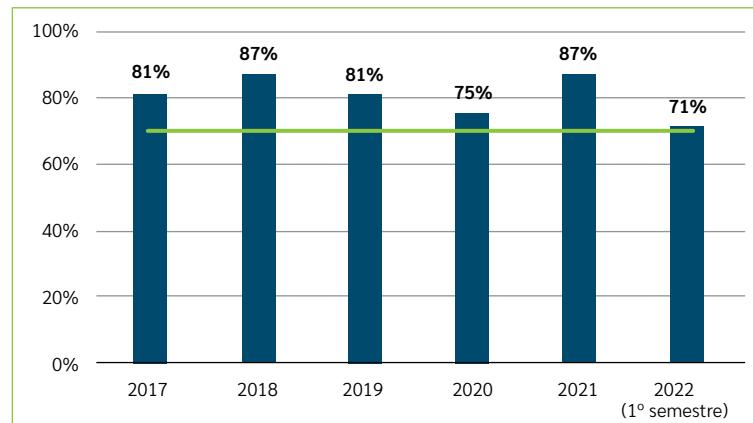
Fonte: Hospital Unimed Rio. Rio de Janeiro/RJ.

**Gráfico 3 – Percentual de coleta de hemocultura em até 40 minutos após abertura do protocolo de sepse, de 2017 ao primeiro semestre de 2022**



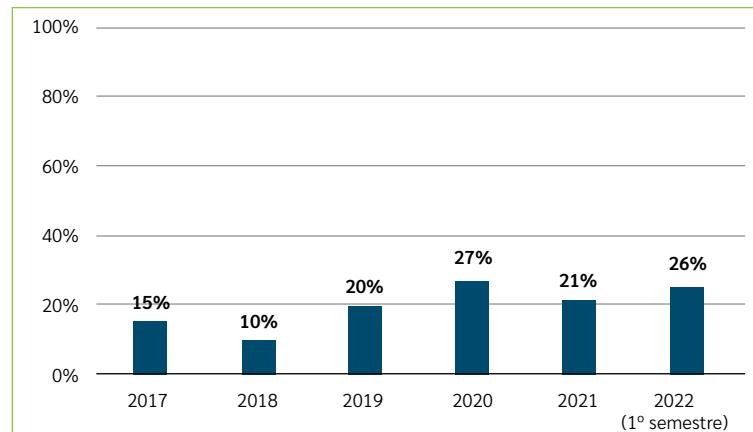
Fonte: Hospital Unimed Rio. Rio de Janeiro/RJ.

**Gráfico 4 – Percentual de coleta do segundo lactato no protocolo de sepse, de 2017 ao primeiro semestre de 2022**



Fonte: Hospital Unimed Rio. Rio de Janeiro/RJ.

**Gráfico 5 – Taxa de letalidade por sepse e choque séptico, de 2017 ao primeiro semestre de 2022**



Fonte: Hospital Unimed Rio. Rio de Janeiro/RJ.

## DESDOBRAMENTOS

Com o protocolo de sepse sedimentado, evoluiu-se para o acompanhamento pós-sepse, realizado por meio de contato telefônico com os pacientes que tiveram quadro de sepse e choque séptico, 90 dias após a alta hospitalar.

Para a avaliação pós-sepse, o paciente é avaliado, ainda na internação (após a abertura do protocolo de sepse), pela equipe de assistência social, que aplica uma escala de avaliação de atividades de vida diária (escala de Lawton e Brody), a fim de compreender a autonomia do paciente para algumas atividades antes de sua internação. Essa avaliação é enviada para o escritório de protocolos, que entra em contato com o paciente 90 dias após a alta hospitalar e aplica a mesma escala para fins de comparação. Dessa forma, é possível entender como esse paciente evoluiu após o quadro de sepse. Além disso, o acompanhamento permite o levantamento de quantos pacientes evoluíram para óbito ou precisaram retornar ao hospital (e por quais motivos) nesse período de 90 dias.

Visando ao envolvimento do paciente e seus familiares no cuidado da sepse, foi disponibilizado um conteúdo educativo nos leitos. Usando um leitor de QR Code no telefone celular, o paciente ou familiar é direcionado à apresentação de um vídeo do Ilas que

apresenta a definição de sepse e a importância da identificação e do tratamento precoces. E, por fim, foi elaborado um panfleto com as orientações pós-sepse para que o paciente, caso apresente novo quadro, se dirija ao hospital para atendimento rápido e tratamento efetivo.

## CONCLUSÕES

A implementação do protocolo de sepse e as melhorias desenvolvidas ao longo dos anos a partir dele – com o apoio do programa de distinção para tratamento da sepse do IQG – corroboraram o compromisso da instituição com a qualidade da assistência prestada, gerando ótimos resultados e fortalecendo um dos pilares estratégicos do hospital, que é a excelência do cuidado.

O monitoramento dos indicadores contribui para a busca de melhorias contínuas e para o fortalecimento da educação permanente. Reafirma-se, assim, que o engajamento de toda a equipe para a identificação precoce da sepse e o tratamento adequado é de extrema relevância para resultados positivos. A integração da equipe multidisciplinar proporciona um plano de cuidado efetivo, que contribui para o melhor cuidado prestado ao paciente, maior sobrevida e mais qualidade de vida no pós-sepse.

## REFERÊNCIAS

1. Instituto Latino-Americano de Sepse. Roteiro de implementação de protocolo assistencial gerenciado de sepse: programa de melhoria de qualidade [Internet]. 5 ed. 2019 [Cited 2022 Sep 06]. Available from: <https://ilas.org.br/assets/arquivos/ferramentas/roteiro-de-implementacao.pdf>
2. Surviving Sepsis Campaign. 2021. Disponível em: <https://ilas.org.br/surviving-sepsis-campaign-guidelines-2021/>
3. Instituto Qualisa de Gestão. Manual de padrões Identificação precoce e tratamento da sepse. 2021.
4. Scheidt SN, Bordin D, Aguiar LN, Tracz EC, Arcaro G, Farago PG et al. Implantação do Protocolo de Manejo de Sepse no Pronto Atendimento do Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais. RECI [Internet]. 2018 [Cited 2022 Sep 06];8(1):54-64. Available from: <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/9974>

# Papel da equipe multidisciplinar da Qualidade na implantação e no monitoramento da linha do cuidado de cirurgia de revascularização do miocárdio

Gisele de Paula Rabelo Souza<sup>a</sup>; Rodrigo Alveti Brolo<sup>b</sup>

## Resumo

Este artigo teve o objetivo de relatar a implantação e os resultados do monitoramento da linha do cuidado no pré, intra e pós-operatório de pacientes de cirurgia de revascularização do miocárdio no Hospital Estadual Mário Covas, hospital-escola de alta complexidade localizado em Santo André, na Grande São Paulo. Diante do aumento no número de cirurgias não eletivas durante a pandemia de covid-19 e com vistas a melhorar a qualidade e a segurança do paciente, a equipe multidisciplinar do Serviço da Qualidade descreveu o plano de cuidados e suas metas; definiu os marcadores de monitoramento da linha do cuidado e os indicadores de processo, equilíbrio e resultado;

<sup>a</sup> Graduação em Enfermagem pelo Centro Universitário São Camilo; especialização em Melhoria pelo Institute For Healthcare Improvement (IHI); MBA em Gestão em Saúde e Controle de Infecção pela Faculdade Ceat (Faceat); enfermeira da Qualidade no Hospital Estadual Mário Covas; Santo André/SP.

<sup>b</sup> Graduação em Enfermagem pela Universidade do Grande ABC (UNIABC); especialização em Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz); MBA Executivo em Saúde pela Fundação Getúlio Vargas (FGV); especialização em Metodologia do Ensino Técnico e Superior pelas Faculdades Integradas de Santo André (Fefisa); gerente de Qualidade e Processos Assistenciais no Hospital Estadual Mário Covas; Santo André/SP.

e aperfeiçoou a comunicação entre a equipe multidisciplinar e as demais equipes assistenciais. O processo implementado incluiu, além dos registros em prontuário, um *bundle* (pacote) de monitoramento recolhido após a alta dos pacientes, o que possibilitou a mensuração de resultados e a identificação de oportunidades de melhoria. Na comparação entre o primeiro semestre de 2021 e o mesmo período de 2022, houve um aumento de 19,4 pontos percentuais na média dos pacientes que tiveram alta da unidade de terapia em até 48 horas – resultado diretamente relacionado com a extubação de quatro a seis horas após a cirurgia, conforme meta estabelecida no plano terapêutico. No mesmo período de comparação, a média de pacientes que tiveram alta até o sexto dia do pós-operatório subiu de 70,5% para 72,2% – com percentuais acima dessa média nos quatro primeiros meses de 2022.

**Palavras-chave:** Cirurgia de revascularização do miocárdio; Bundle de monitoramento; Qualidade da assistência; Segurança do paciente.

## INTRODUÇÃO

A cirurgia de revascularização do miocárdio (CRM) é a cirurgia cardíaca mais frequentemente realizada no Brasil, a maior parte pelo Sistema Único de Saúde (SUS). As doenças cardiovasculares (DCVs) ainda aparecem como uma das principais causas de morte no país, sendo responsáveis por 20% da mortalidade entre indivíduos com mais de 30 anos de idade. Com o aumento da população idosa, a transição epidemiológica do Brasil tem acompanhado a tendência dos países em desenvolvimento, incrementando a convivência com a carga de doenças crônicas e seus fatores de risco<sup>1</sup>.

Para garantir qualidade e segurança no atendimento ao paciente, o cuidado centrado no indivíduo, assegurado pela boa comunicação tanto entre os profissionais e deles com o paciente, deve ser prioridade, pois fortalece o processo de cuidar. A prestação dos serviços com atenção integral aos pacientes é fundamental para encontrar as melhores soluções às enfermidades já observadas e prevenir novos problemas. Nesse sentido, estabelecer diálogo com o paciente e seus familiares ou responsáveis contribui para ajustar o planejamento terapêutico a suas necessidades, atendendo às expectativas de todas as partes<sup>2</sup>.

Diante desse cenário e do perfil epidemiológico da instituição, e pensando em construir um cuidado mais seguro, integrado e com impactos favoráveis para os pacientes submetidos a revascularização do miocárdio, o Hospital Estadual Mário Covas, em Santo André, São Paulo, iniciou em 2021 o monitoramento dessa linha de cuidado, dando continuidade em 2022. Trata-se de um hospital de alta complexidade oficializado como hospital-escola de nível I desde 2013, administrado pela organização social de saúde Fundação do ABC e vinculado ao Centro Universitário Faculdade de Medicina do ABC (FMABC), que atende 100% pelo SUS.

O trabalho do Serviço da Qualidade proporciona intersecção das equipes multiprofissionais, sendo o elo entre as partes para a análise de resultados e o monitoramento das linhas de cuidado em parceria com a gestão das equipes assistenciais. O time da Qualidade, formado por uma equipe multidisciplinar, descreveu o plano de cuidados previstos e metas para um cuidado focado em segurança e resultado. Foram definidos os marcadores de monitoramento da linha do cuidado de revascularização do miocárdio e os indicadores de processo, equilíbrio e resultado a fim de direcionar as ações da equipe assistencial à

qualidade e à segurança na assistência. Em outras palavras, foi planejado todo o caminho que o usuário percorre dentro do sistema de saúde para tratamento da doença cardiovascular.

## OBJETIVOS

Este artigo teve o objetivo de relatar o papel da Qualidade na implantação da linha do cuidado de revascularização do miocárdio. O processo descrito teve os seguintes objetivos específicos:

- Utilizar o serviço da Qualidade para análise de dados e execução do papel de intersecção entre as equipes multidisciplinares na linha do cuidado da cirurgia de revascularização do miocárdio (CRM);
- Aperfeiçoar os resultados assistenciais da linha do cuidado;
- Uniformizar as condutas dos profissionais envolvidos na linha do cuidado.

## METODOLOGIA

A CRM foi avaliada nos casos em que foi empregada como procedimento isolado, excluindo-se aqueles em que estava associada a outros procedimentos cirúrgicos (próteses e plastias valvares, correção de aneurismas e endarterectomia de carótida).

Os marcadores de monitoramento da linha do cuidado estão relacionados aos cuidados estabelecidos no pré, intra e pós-operatório da CRM, sendo: antibioticoprofilaxia (pomada nasal) administrada três dias antes da cirurgia; banho pré-operatório na véspera e no dia da cirurgia; realização de tricotomia em momento oportuno (o mais próximo possível da cirurgia e em ambiente externo à sala operatória); realização de tipagem sanguínea e reserva de hemocomponente; adesão ao antibiótico profilático e a repike, quando indicado; desmame de droga vasoativa e

extubação de quatro a seis horas após a cirurgia; retirada de dreno de 24 a 48 horas no pós-operatório; introdução da dieta seis horas após extubação; prevenção de tromboembolismo venoso (TEV) de seis a 24 horas após o procedimento, se não houver complicações; suspensão do antibiótico profilático 24 horas após a CRM.

As metas terapêuticas relacionadas a cada equipe assistencial – equipe médica, fisioterapia, nutrição, enfermagem e farmácia – foram monitoradas, oportunizando a realização de trabalho em equipe, focado no cuidado centrado no paciente, com as responsabilidades e os protocolos dando clareza à prática assistencial.

Para a coleta dos dados, além dos dados registrados em prontuário (meio mais confiável), foi elaborado um *bundle* de monitoramento para facilitar que a equipe passasse a registrar oportunidades de melhoria e a apoiar a análise crítica do caminho percorrido pelo paciente na linha do cuidado. O *bundle* passou a ser recolhido após a alta do paciente para alimentar um banco de dados para elaboração manual dos resultados.

Uma das traduções para “*bundle*” é “pacote”, o que faz mais sentido à medida que se ganha familiaridade com o conceito. O poder de um *bundle* vem da ciência por trás dele e do método de execução: com total consistência. Não que as mudanças em um *bundle* sejam novas, pois são as melhores práticas estabelecidas, mas elas muitas vezes não são realizadas de maneira uniforme, tornando o tratamento não confiável e, por vezes, idiosincrático. Um *bundle* reúne as mudanças em um grupo de intervenções para que os profissionais saibam que deve ser seguido para cada paciente, a todo momento<sup>3</sup>.

O setor de Qualidade realiza o trabalho de análise dos resultados institucionais de todo monitoramento da linha do cuidado com o apoio da equipe multidisciplinar, que mensalmente analisa os resultados

alcançados, individualmente por disciplina. Nesse contexto, a gestão da qualidade tem como principal desafio contribuir para o aumento da produtividade da força de trabalho da organização, pois os processos de produção passam a ser bem mais eficientes quando é realizada a discussão multidisciplinar dos dados e são implementadas mudanças na busca contínua por melhorias. É importante lembrar que produtividade não se trata apenas de produzir maior quantidade em menor tempo, mas também de entregar qualidade e segurança assistenciais associadas a custos mais baixos.

Essa busca constante por melhores resultados provocada pela gestão da qualidade motiva os funcionários a alcançar as metas estabelecidas e a refletir onde poderiam ser mais efetivos. Além disso, mais do que investir em obter processos e produtos aperfeiçoados, a organização tem que pensar na melhoria contínua, ou seja, o foco volta-se a uma atuação que não se acomoda com os resultados obtidos.

## RESULTADOS

O Hospital Estadual Mário Covas realizou 300 cirurgias de revascularização do miocárdio entre janeiro a dezembro de 2021 e 171 cirurgias entre janeiro a julho de 2022, totalizando 471 CRMs nos dois períodos. As variáveis qualitativas foram apresentadas em porcentagem e as comparações, por meio das médias de 2021 e de 2022.

Em relação ao gênero dos pacientes submetidos a CRM, a prevalência é de pacientes do sexo masculino (média de 70,24% em 2021 e de 70,6% em 2022). Em relação a comorbidades, cerca de 88,85% tinham hipertensão arterial; 47,5%, diabetes mellitus (DM); 36,25% eram tabagistas ou ex-tabagistas; 25,63% haviam sofrido infarto agudo do miocárdio (IAM) prévio; e 78,6% dos pacientes tinham de uma a três doenças associadas.

A grande maioria dos estudos apresenta em torno de 30% de diabéticos na amostra<sup>4</sup>, abaixo dos 47,5% da população deste estudo, o que indica aumento no risco de complicações. Destaca-se que houve uma alteração no perfil dos pacientes durante a pandemia de covid-19: no pré-pandemia, o hospital operava com cerca de 65% a 70% de pacientes eletivos para esse tipo de cirurgia; com a pandemia, houve uma inversão desse perfil e as cirurgias de urgência representaram 85,89%, em média, nos seis primeiros meses de 2022. Isso muda o perfil de riscos dos pacientes e a taxa de complicações.

Com o início do monitoramento da linha do cuidado e da descrição do plano terapêutico, a adesão média ao *bundle* de monitoramento (pacote de cuidados pré, intra e pós-operatórios monitorado) foi de 93,2% de janeiro a julho de 2021; já no mesmo período de 2022, a média subiu para 96,44%, conforme mostra o Gráfico 1. Esse aumento foi fruto das reuniões para alinhamento de resultados e dos testes de mudanças propostas para o cuidado centrado no paciente.

**Gráfico 1 – Adesão geral percentual aos marcadores definidos para o monitoramento da linha do cuidado de CRM, na comparação entre 2021 e 2022**



Fonte: elaboração dos autores.

Dentre os marcadores da linha do cuidado no pós-operatório (PO), os indicadores de processo apontam alcance da meta de alta da unidade de terapia intensiva (UTI) no prazo estabelecido, o que demonstra efetividade da extubação de quatro a seis horas após a cirurgia – resultando na estabilização mais rápida dos pacientes, com 85,7% deles, em média,

recebendo alta para a unidade de internação após 48 horas em 2022 (Gráfico 2). Com o trabalho do time multidisciplinar e o papel da qualidade no alinhamento das condutas, houve um aumento de 19,4 pontos percentuais na média de alta em 48 horas, na comparação entre o primeiro semestre de 2021 e o mesmo período de 2022.

**Gráfico 2 – Percentual de pacientes no pós-CRM com alta da UTI em até 48 horas**

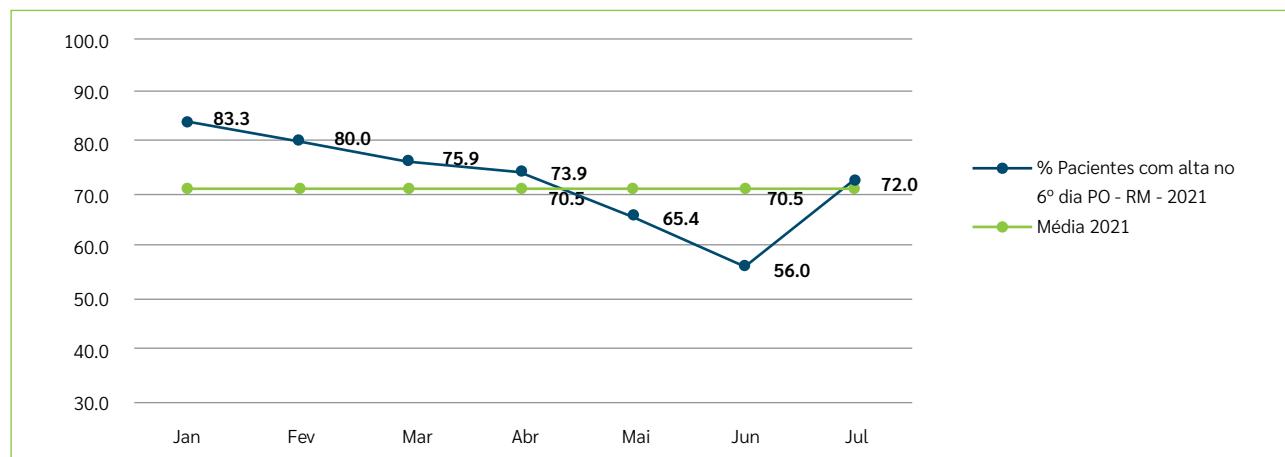


Fonte: elaboração dos autores.

A meta estabelecida no plano terapêutico para internação após CRM foi de seis dias – alta prevista para o sexto dia de PO. Esse resultado, representado no Gráfico 3, foi atingido, em média, para 72,4%

dos pacientes no primeiro semestre de 2022, contra 70,5% no mesmo período de 2021. Nos quatro primeiros meses de 2022, observam-se porcentagens acima da média.

**Gráfico 3 – Percentual de pacientes de CRM com alta no sexto dia de pós-operatório (tempo previsto no plano terapêutico)**



Fonte: elaboração dos autores.

## DISCUSSÃO

A máxima da gestão de qualidade é que um resultado controlado precisa ser medido, o que fundamenta a importância de fazer um acompanhamento dos efeitos analisando como cada modificação se comporta e entendendo os impactos nos processos mapeados.

A implantação do monitoramento da linha do cuidado de pacientes submetidos a cirurgia de revascularização do miocárdio nos ensinou, principalmente, sobre a importância da comunicação efetiva na equipe multidisciplinar e o papel fundamental da Qualidade na gestão de resultados e na intersecção das equipes multidisciplinares com os resultados alcançados na prática assistencial.

Percebe-se a melhoria, entre 2021 e 2022, na adesão aos marcadores gerais estabelecidos para o pré, intra e pós-operatório. Os percentuais de pacientes com alta da UTI no tempo oportuno indicaram

evolução com base nos alinhamentos discutidos com o time multidisciplinar e na atuação da gestão da UTI junto aos profissionais que atuam nesse serviço, proporcionando uma assistência mais efetiva aos pacientes. Isso só foi possível com o amadurecimento da equipe no decorrer do tempo e com as discussões geradas com apoio do Serviço da Qualidade para alinhamento na coleta precisa dos dados e nos testes de mudanças realizados.

## CONCLUSÃO

O apoio do setor da Qualidade no monitoramento da linha do cuidado de pacientes submetidos a CRM exerceu um importante papel na busca, junto aos times, por novas oportunidades de melhoria e novos parâmetros de desempenho. Isso demonstra os grandes benefícios da aplicação da gestão de qualidade e de

sua interface com as equipes multidisciplinares, tornando o processo mais dinâmico e robusto.

A visão sistêmica dos resultados auxilia a resposta às necessidades dos clientes; a mudança passa a fazer parte

da rotina e consegue-se uniformização das condutas para o alcance das metas estabelecidas. Com isso, os resultados foram notáveis entre o início desse trabalho, em maio de 2021, e o momento atual de monitoramento.

---

## REFERÊNCIAS

---

1. Mansur AP, Favarato D. Tendências de mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil, 1980-2012. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2016 [Cited 2022 Sep 6];107(2):137-146. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/abc/v107n1/pt\\_0066-782X-abc-20160077.pdf](http://www.scielo.br/pdf/abc/v107n1/pt_0066-782X-abc-20160077.pdf)
2. Yamanaka N. A importância da comunicação para o sucesso da transição no cuidado do paciente. Sistema de Informação em Saúde [Internet]. 2017 May 23 [Cited 2022 Sep 5]. Available from: <http://sissaude.com.br/sis/inicial.php?case=2&idnot=28647>
3. Institute for Healthcare Improvement. What is a bundle? Improvement Stories [Internet]. Cited 2022 Sep 5. Available from: <https://www.ihi.org/resources/Pages/ImprovementStories/WhatIsaBundle.aspx#:~:text=A%20bundle%20is%20a%20structured,improve%20patient%20outcomes.%5B1%5D>
4. Kalil AKR. Cirurgia de revascularização miocárdica no diabetes mellitus. Arq Bras Endocrinol Metab [Internet]. 2006 [Cited 2022 Sep 5];51(2):345-351. Available from: <https://www.scielo.br/j/abem/a/ztY9XtCSj7MVjNFBBs7YDgf/?lang=pt>



# Consolidação das empresas de saúde da Bahia: mudança de paradigma diante de aquisições e fusões

Paulo Fernando Bittencourt Studart<sup>a</sup>

## Resumo

Este ensaio teve o objetivo de refletir sobre os possíveis benefícios e riscos que o movimento recente de fusões e aquisições no segmento de saúde apresenta a organizações locais no estado da Bahia. O setor privado baiano da saúde, ainda dominado por empresas familiares e representando de 8% a 9,5% do Produto Interno Bruto do estado, tem amplo espaço para se desenvolver, visto que apenas cerca de 11% de sua população tem acesso à saúde suplementar. Apesar de pontos positivos trazidos pelas redes nacionais que estão chegando à Bahia, o setor de saúde deve considerar alguns fatores cruciais para sua sobrevivência em um mercado cada vez mais competitivo: atuação conjunta (hospitais, clínicas, profissionais da saúde etc.) para promover redução de custos, introduzir novas tecnologias e racionalizar o uso dos recursos, sem deixar de lado a melhoria de qualidade no atendimento ao paciente e evitando o risco de precarização do trabalho.

**Palavras-chave:** Fusões e aquisições; Redes nacionais privadas de saúde; Setor de saúde na Bahia.

<sup>a</sup> Graduação em Engenharia Mecânica pela Universidade Federal da Bahia (UFBA); graduação em Administração de Empresas pela Universidade Católica do Salvador (UCSal); mestrado em Administração de Empresas pela Universidade Federal da Bahia (UFBA); diretor executivo do Laboratório Studart (LSS); presidente do Sindicato dos Laboratórios Clínicos e Patológicos do Estado da Bahia (SINDLAB-BA); vice-presidente da Federação Baiana de Saúde (Febase); Salvador/BA.

## INTRODUÇÃO

A saúde como setor econômico está evoluindo em ritmo acelerado. As organizações estão fazendo grandes e ousadas apostas em integração vertical, inovação tecnológica e desenvolvimento e dimensionamento de ecossistemas de saúde. Esses ecossistemas são compostos por um conjunto integrado de serviços, competências e relações comerciais entre entidades, tais como hospitais, laboratórios, clínicas, médicos, empresas farmacêuticas e de biotecnologia, indústrias em geral, seguradoras, órgãos governamentais e agências reguladoras. A cadeia produtiva da saúde, incluindo o setor público e privado, gera um valor entre 8% e 9,5% do Produto Interno Bruto (PIB) da Bahia. Essa participação tem crescido nos últimos três anos, não só por conta da pandemia de covid-19, mas, principalmente, pelos investimentos que estão sendo realizados no setor.

Nesse sentido, a atividade de fusões e aquisições (M&A, na sigla em inglês) no setor está sendo intensificada, mesmo com o impacto causado pela pandemia. As organizações continuam refletindo e tirando lições deste momento crítico, enfrentado desde março de 2020, com atualizações de seus planos de longo prazo e com mais clareza sobre as estratégias, ativos e recursos necessários para ter sucesso nos próximos anos. Ressalta-se que a chegada de grupos nacionais é importante para o desenvolvimento do segmento da saúde no estado da Bahia, trazendo melhoria na qualidade operacional, melhores práticas globais e serviços avançados com novas tecnologias.

Não restam dúvidas de que existem muitas oportunidades no setor de saúde na Bahia, que ainda é fragmentado, principalmente no interior do estado, onde a maioria dos hospitais e clínicas possui estruturação familiar, com grande espaço para a profissionalização da gestão e a inclusão de tecnologias e práticas empresariais mais modernas. Há espaço, portanto, para

consolidação, o que gera ganhos de eficiência, conforme será exposto nos próximos tópicos.

## IMPACTO DAS FUSÕES E AQUISIÇÕES NA ECONOMIA DE SAÚDE DO ESTADO

Como exposto anteriormente, a atividade de M&A no setor de saúde está sendo intensificada, não sendo diferente na Bahia. Dentre os diversos fatores que impulsionam esse movimento, dois devem ser destacados. O primeiro é o fato de que a pandemia de covid-19 proporcionou uma queda no valor avaliado de muitas empresas do ramo, o que as tornou ainda mais atrativas para investidores capitalizados e/ou que não sentiram tanto os efeitos da crise. O segundo é o forte movimento de aquisições por parte de grandes grupos do setor em busca de crescimento e consolidação de mercado, o que fez com que outros grupos tivessem que agir também rapidamente e de forma consistente para a compra de empresas e ativos a fim de garantir força e posição competitiva no mercado.

Ainda há espaço para ampliação desse movimento, que, como dito, é muito importante para o estado da Bahia, cujas perspectivas no segmento da saúde são positivas. Analisando alguns indicadores, é possível perceber um potencial significativo de crescimento. Isso porque o estado da Bahia tem mais de 15 milhões de habitantes, porém apenas 1,6 milhão deles contam com a cobertura da saúde suplementar – cerca de 11% da população, quando a média do Brasil é de 24%. Além disso, outro fato relevante é o envelhecimento da população: em 2020, os idosos representavam 9% da população baiana e deverão chegar a 27% em 2060; a expectativa de vida do baiano é de 74 anos e deverá alcançar 78 anos em 2060.

Os indicadores também mostram uma projeção de crescimento do PIB *per capita* no estado, que levará

ao aumento no consumo de produtos e serviços e à criação de empregos formais no setor. Atualmente, apenas um em cada nove baianos tem acesso à rede privada de saúde. Os serviços médico-hospitalares têm grande potencial de expansão na Bahia.

Contudo, com relação ao movimento de fusões e aquisições, é necessário ressaltar que, a depender do ramo de atuação das empresas compradas, poderá se configurar uma desestruturação da economia da saúde na Bahia. Para mitigar esse risco, questões regulatórias relevantes devem ser observadas, especialmente em operações envolvendo empresas da saúde que fazem atendimento direto ao público, como hospitais e clínicas especializadas.

As empresas terão que se adaptar a esse novo cenário competitivo para sobreviver. Será necessário rever o posicionamento no mercado visando, principalmente, a manter – e, se possível, aumentar – a participação de forma duradoura.

Adaptando-se a esse novo cenário, encontra-se o Laboratório Studart, uma empresa genuinamente baiana, com 67 anos de existência, que oferece diagnósticos anátomo-patológicos, imuno-histoquímicos, imunofluorescência, hibridização *in situ* (FISH, CISH) e exames citopatológicos. O Laboratório Studart é reconhecido por sua excelência, comprovada pelo significativo número de hospitais de alta e média complexidade e clínicas com que tem parceria. O laboratório possui certificação de qualidade desde 2005, possuindo excelência em seus processos desde 2007.

Com o grande desafio de concorrer com os laboratórios de redes nacionais, o Laboratório Studart tem procurado destacar e fortalecer alguns benefícios usufruídos pelas organizações que utilizam seus serviços – entre eles, um abrangente portfólio de exames diagnósticos, com a maioria das técnicas laboratoriais realizada no próprio Studart, e diferenciais que asseguram rapidez na execução, alta precisão e confiabilidade dos resultados. Destaca-se também

a participação intensa e importante no acompanhamento multidisciplinar e na personalização do tratamento do paciente baiano, envolvendo todos os médicos (oncologistas, cirurgiões, radioterapeutas, radiobiólogos etc.) e com o time de patologistas do laboratório sendo o elo integrador entre as equipes médicas. Tudo isso apoiado por uma tecnologia de ponta por meio de parcerias desenvolvidas com as empresas Agilent-Dako, Ventana-Roche, Leica e Biocartis. O Laboratório Studart é um dos mais completos laboratórios em anatomia patológica do Nordeste do Brasil e tem se consolidado ainda mais, fidelizando as parcerias e expandindo os relacionamentos.

Faz-se necessário chamar atenção, contudo, para o fato de que nem sempre essa readaptação vai se configurar. Algumas empresas baianas terão dificuldade para competir com as grandes redes por falta de “fôlego financeiro”, além de não poderem determinar os preços de seus serviços por falta de escala para redução dos custos. A marca, o pioneirismo, a tradição e o tamanho são importantes, porém não são suficientes para a sobrevivência. O desafio, portanto, é possuir uma gestão adequada, produtos e serviços de qualidade e uma boa estratégia de atuação que permitam à empresa baiana competir e aproveitar bem o conhecimento que tem do mercado.

As empresas do setor de saúde da Bahia precisarão do apoio, da união e da liderança das entidades representativas empresariais do segmento da saúde, buscando o fortalecimento das redes de cooperação e controle. Médicos, fornecedores, colaboradores e empresas terão de trabalhar em conjunto, reduzindo custos, introduzindo tecnologia e racionalizando o uso dos recursos para, assim, manter sua posição no mercado.

Em alguns estados brasileiros, diante do risco cada vez maior de perder espaço e competitividade, hospitais que atuam localmente e trabalham de forma isolada estão buscando alternativas frente ao poderio econômico e ao assédio das grandes redes

integradas de saúde. Em Goiás, por exemplo, cinco hospitais privados de Goiânia estão colocando em prática uma união que resultará na formação de um grupo denominado G500 (referente ao número de leitos dos cinco hospitais). O objetivo é criar o maior grupo do setor de saúde no estado, com valor de mercado na ordem de R\$ 1,2 bilhão<sup>1</sup>.

Trata-se, sem dúvida, de uma iniciativa relevante, necessária e com perspectivas muito positivas para o setor de saúde. Os empresários da Bahia devem se inspirar e buscar, também, soluções coletivas visando à manutenção e ao fortalecimento das empresas locais, principalmente no setor de saúde.

## **IMPACTO DO MOVIMENTO DE FUSÕES E AQUISIÇÕES PARA A CLASSE MÉDICA DA BAHIA**

No primeiro momento, a classe médica não sentirá tantos impactos com o movimento de fusões e aquisições, pois continuará a ter um papel central. Isso porque o médico é o principal responsável por atender ao paciente e utilizar seu conhecimento para diagnosticar e tratar doenças, bem como acionar os demais elementos da cadeia. Ao solicitar exames, internações, cirurgias ou medicamentos, é o médico que movimenta todos os demais elos, a fim de atender às necessidades dos pacientes.

Posteriormente, contudo, a classe médica poderá experimentar uma redução de sua liberdade e autonomia, pois a relação passará a ser também entre o paciente e os prestadores de serviços de saúde (hospitais, clínicas, laboratórios e operadoras de saúde). Apesar do poder de acionar os demais elos da cadeia, o médico aumentará sua dependência das redes hospitalares e das operadoras de saúde para a prestação de serviços, pois há uma tendência de contratos nacionais entre

os hospitais e as operadoras, limitando as opções de escolha dos médicos para seus pacientes.

A relação médico-paciente, que é baseada em confiança e alto grau de deferência, sofrerá interferências com a implantação de processos de trabalho nacionais dessas redes e das operadoras, afetando o paciente com a restrição do acesso a consultas com o médico escolhido em detrimento de um balanceamento das agendas dos demais médicos das redes.

Os médicos também terão menos liberdade de estipular o valor de consultas e procedimentos, pois as redes estão introduzindo novos modelos de remuneração – por exemplo, o empacotamento de procedimentos médicos a um preço fixo, ao invés de simples repasse de custo com margem adicional para o hospital. Apesar das dúvidas, tais modelos têm crescido bastante e já representam em torno de metade da receita de alguns grandes grupos hospitalares.

Por outro lado, as redes proporcionarão a integração entre medicina e tecnologia para garantir a entrega de serviços de saúde aos baianos, trazendo um ganho para os médicos que estiverem atuando nelas. A inovação em medicina passa, necessariamente, pela disseminação do uso de tecnologias cada vez mais avançadas e disruptivas. Todos os grandes hospitais do estado da Bahia oferecerão cirurgia robótica, garantindo procedimentos mais seguros e menos invasivos aos pacientes. O uso de inteligência artificial contribuirá para reduzir as falhas humanas, porém a experiência de um cirurgião no comando da estrutura continuará indispensável, cabendo a ele o poder de decisão. A Bahia aumentará sua competência nesta área. Também para os médicos, será disponibilizado investimento em pesquisa e a possibilidade de publicar artigos científicos.

Percebe-se, portanto, que as fusões e aquisições trarão muitos ganhos e muitas consequências positivas. Contudo, não se podem ignorar os impactos negativos, que precisam ser mapeados. Nesse sentido, a

classe médica deve ter consciência dos desdobramentos e impactos das fusões e aquisições, haja vista existirem interferências diretas desses impactos no dia a dia da profissão.

## ATUAÇÃO DO GOVERNO NO PROCESSO DE FUSÕES E AQUISIÇÕES

No contexto ora analisado, não restam dúvidas de que o governo do estado e as prefeituras municipais tenham o papel de incentivar empresas a se fixar na Bahia. Nesse sentido, devem trabalhar para garantir um ambiente favorável às empresas, oferecendo segurança jurídica e ajustes tributários para as que estão chegando. Porém, além de atrair novos negócios para o estado, é preciso dar condições para que as empresas baianas permaneçam aqui e não desapareçam ou percam força.

As entidades empresariais do segmento devem buscar alianças entre os setores público e privado, bem como universidades, organizações não governamentais e entidades da sociedade civil, para que as empresas baianas tenham a capacidade de reunir todos os recursos que promovam sua sobrevivência – inclusive acesso à ciência e à tecnologia – não apenas no curto prazo, mas para sustentar e prosperar ao longo do tempo.

## O FUTURO DO MERCADO BAIANO DA SAÚDE

Com todas as mudanças que estão acontecendo no mercado baiano da saúde, pode-se afirmar que ele vai se tornar tecnologicamente mais desenvolvido e competitivo, com o que há de mais novo sendo aplicado na área e recebendo investimentos em tecnologia e inovação. Porém, não se pode ignorar o fato de que a tendência de concentração continuará.

Nesse contexto, faz-se necessário pontuar, como exemplo, o mercado norte-americano. Nos Estados Unidos, o processo de concentração hospitalar é bastante anterior ao brasileiro e, até o momento, não existe consenso sobre os benefícios gerados. Alguns economistas da área avaliam que a concentração aumenta o poder de barganha dos hospitais para negociar preços mais altos com os planos de saúde, levando a um aumento nos prêmios de seguro. Por outro lado, o setor hospitalar defende que a consolidação é benéfica.

Segundo estudo da *American Hospital Association* (AHA), as fusões melhoram a qualidade dos serviços e reduzem os custos. Essa conclusão, no entanto, é contestada por economistas que estudam a questão. Portanto, o tema ainda requer uma avaliação mais consistente. Atualmente, o presidente norte-americano, Joe Biden, tem orientado o governo federal a revisar as diretrizes para fusões de hospitais, com a finalidade de evitar a elevação dos preços dos serviços. A diretriz busca aumentar a concorrência em todos os setores da economia e enfatiza várias partes do mercado de saúde nas quais o acesso aos cuidados diminuiu.

Nesse sentido, torna-se fundamental que os órgãos reguladores estejam atentos ao mercado. É importante também que a rede pública mantenha os investimentos, ampliando, qualificando e introduzindo tecnologia para proporcionar opções de atendimento em saúde mais acessíveis aos baianos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A recente atuação dos fundos de investimentos nas empresas do setor da saúde muda o padrão de concorrência, incrementando a expansão das operações de fusões e aquisições no estado da Bahia. A participação dos fundos na capitalização tem como efeito o aumento do grau de concentração no setor, com a criação de grandes empresas nacionais de serviços

de saúde. Esse movimento está sendo replicado nos mercados dos estados de maior porte, resultando na aquisição das empresas locais. O crescimento das empresas líderes e a concentração do mercado aumentam o poder de barganha e a capacidade de promover seus interesses junto às instâncias políticas.

Nos Estados Unidos – cujo mercado de saúde é alavancado pelos fundos de investimentos –, alguns economistas defendem que o modelo de negócios desses fundos é, com poucas exceções, inadequado para o setor de saúde. Isso porque, por definição, são focados em receitas de curto prazo, geração e consolidação, e não no cuidado e no bem-estar dos pacientes no longo prazo. Isso, por sua vez, poderá levar à pressão para priorizar a receita sobre a qualidade do atendimento, sobrecarregando as empresas de saúde com dívidas, colocando-as em risco de falência e propiciando práticas de cobrança anticompetitivas e antiéticas. O aumento do capital privado dos fundos de investimentos na saúde nos últimos anos tem sinalizado que é necessário que os formuladores de políticas e reguladores para o mercado devem agir para evitar ameaças às bases do sistema de saúde. O tempo dirá se isso tudo é benéfico ou não.

No Brasil, os fundos dos investimentos para o mercado de saúde se encontram em desenvolvimento e precisam ganhar maturidade. O ano de 2021 não foi positivo para as empresas de saúde negociadas na Bolsa de Valores brasileira. No balanço, o setor de saúde acumula perdas, apesar de ter movimentado R\$ 18 bilhões em fusões e aquisições, sendo necessário aguardar para analisar como os investidores se comportarão no longo prazo. Um levantamento realizado pela Economática mostrou que, das 12 empresas de saúde negociadas na B3, 11 encerraram 2021 com quedas que vão de 10% a 52%. Ainda assim, o setor aumentou o faturamento, atingindo R\$ 313,9 bilhões no ano.

Deve-se destacar o desafio colocado para as agências reguladoras, em especial o Conselho Administrativo de Defesa da Concorrência (Cade), que precisa

desenvolver e aprimorar competências para análise do segmento da saúde, visto que fusões e aquisições nesse segmento são muito recentes. Enquanto autarquia, o Cade deve manter a livre concorrência, coibindo condutas anticompetitivas como cartéis, *dumping* e/ou outras práticas que possam comprometer o bem-estar econômico desse segmento, impedindo que haja exercício de poder de mercado – como, por exemplo, a cobrança de preços abusivos por parte de um grupo com elevada concentração de mercado.

Além disso, há uma intensificação do desafio da ANS para evitar que as buscas por escala e melhores condições de custo e rentabilidade – que movem o processo de concentração – não causem a elevação de preço dos serviços, o que pode excluir clientes de renda mais baixa do acesso a procedimentos mais sofisticados. Outra preocupação da ANS deve ser a racionalização excessiva, inclusive em termos de mão de obra, que pode acabar reduzindo a qualidade do atendimento. Não restam dúvidas de que o aumento do porte e da capacidade dos grupos privados exigirá uma maior atenção da ANS, que precisará se antepor aos interesses puramente econômicos, evitando gerar consequências negativas para a população atendida.

Cabe ressaltar que o movimento de concentração do setor privado de serviços de saúde na Bahia também representa desafios para o desenvolvimento e dimensionamento de ecossistemas de saúde baianos. Redes nacionais que atuam com uma lógica global tendem a reforçar laços com fornecedores nacionais de produtos, equipamentos, insumos e serviços, o que pode ir de encontro ao esforço de construir capacidades produtivas e tecnológicas dos fornecedores estaduais (lavanderias, segurança, limpeza, pessoal terceirizado, refeições, contabilidade etc.), interferindo na geração de emprego e no PIB do setor.

Por outro lado, o ecossistema de saúde passa por disruptões científicas, digitais e políticas que proporcionarão benefícios para os pacientes e maior eficiência às empresas e ao sistema público, aumentando

a participação das empresas que estão na vanguarda dessa nova revolução da saúde. É por meio do desenvolvimento de novas tecnologias, da substituição de tecnologias desatualizadas e da realização de maiores investimentos em estratégias que priorizem o cuidado ao paciente que o desenvolvimento e o fortalecimento do ecossistema de saúde brasileiro serão acelerados.

Nesse cenário, as empresas baianas poderão encontrar barreiras para seu crescimento provocadas pela própria estrutura de receitas do setor no Brasil e pela conjuntura de baixo crescimento e precarização do trabalho – entendida como qualquer diminuição, redução de direitos e benefícios trabalhistas aos funcionários. Diante dessa consolidação, as empresas baianas de saúde devem considerar a definição de como sobreviverão e traçar diferentes estratégias e

caminhos potenciais, refletindo sobre algumas ações: devem se diferenciar em um nicho clínico ou geográfico? Vão adquirir ou serão adquiridas? Ou devem procurar outros tipos de relacionamento com empresas do segmento de saúde?

Estas são perguntas que precisam ser ponderadas e analisadas pelos empresários baianos, com cautela, razoabilidade e proporcionalidade, buscando discernir e avaliar os impactos positivos e negativos de cada escolha. Independentemente das respostas, o setor certamente deve pensar coletivamente e buscar soluções e estratégias em conjunto para aproveitar os benefícios e consequências positivas do atual movimento que vem se consolidando no mercado, sem perder o posicionamento, a tradição e a relevância típicos da Bahia.

---

## REFERÊNCIAS

---

1. Associação Comercial, Industrial e de Serviços de Goiás (Acieg). Hospitais goianos lançam maior grupo do segmento em Goiás. 2021 Jul 28 [Cited 2022 Sep 13]. Available from: <https://acieg.com.br/noticias/hospitais-goianos-lancam-maior-grupo-do-segmento-em-goias/>

# Redução do consumo de água em um hospital estadual

Wilson Antonio Nery Junior<sup>a</sup>

## Resumo

Este trabalho relatou a experiência de implantação de um projeto de governança ambiental, social e corporativa (ESG) para gerenciamento dos recursos hídricos em um hospital público estadual com 104 leitos que atende exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde no município de Américo Brasiliense, São Paulo. Mesmo contando com um sistema próprio de captação de água em poço artesiano, o hospital tem como um dos princípios de ESG o desenvolvimento da consciência ambiental em sua cultura organizacional. Com a crise hídrica oficialmente reconhecida no estado de São Paulo em 2014, a instituição deu início a um projeto de monitoramento visando à redução do consumo. A partir de estudos realizados entre 2015 e 2016, foi elaborado um projeto que contemplou a instalação de medidores setorizados e redutores de vazão em chuveiros para banho, torneiras de uso geral e torneiras destinadas à higienização das mãos. Os dados coletados por meio do monitoramento diário permitiram a mensuração de resultados diretos (redução de quase 50% no consumo de água entre 2014 e 2021) e indiretos (redução na geração de esgoto sanitário; conservação do aquífero e das bombas, além de queda no consumo de energia elétrica; aumento da autonomia dos reservatórios; comprovação de viabilidade econômica; e credibilidade para implantação de futuros projetos de sustentabilidade).

**Palavras-chave:** Conservação de recursos naturais; Uso eficiente da água; Eficiência organizacional; ESG em instituições de saúde.

<sup>a</sup> Graduação em Engenharia de Produção Mecânica pela Universidade Paulista (Unip); pós-graduação em Engenharia de Segurança do Trabalho pela Unip; engenheiro responsável técnico de manutenção e sustentabilidade no Hospital Estadual Américo Brasiliense; Américo Brasiliense/SP.

## INTRODUÇÃO

Diante da importância da água como recurso estratégico e de sua imprescindibilidade econômica e biológica, surge a imperiosa necessidade de se aprofundarem os mecanismos de gestão dos recursos hídricos em todo o mundo, de modo a garantir seu uso eficiente e sustentável<sup>1</sup>.

Em meados de 2014, o Brasil era desafiado por uma grave crise hídrica, principalmente na Região Metropolitana de São Paulo, onde o sistema Cantareira – considerado a reserva mais importante do estado, por ser responsável pelo abastecimento de seu maior centro tecnológico e econômico – estava em situação de alerta, atingindo 3,5% de sua reserva, segundo dados da Companhia de Saneamento Básico do Estado de São Paulo (Sabesp)<sup>2</sup>. O governo do estado implementava medidas emergenciais de redução do consumo de água, de forma que a disponibilidade desse recurso fosse restrinuida com o objetivo de reestabelecimento dos níveis do sistema Cantareira, mas sem grandes impactos no saneamento básico da população.

A partir do reconhecimento da crise hídrica no estado de São Paulo, o Comitê Ambiental e a Diretoria do Hospital Estadual Américo Brasiliense (HEAB) – instituição com 104 leitos que atende exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde no município paulista de Américo Brasiliense – iniciaram discussões sobre como reduzir o consumo de água na instituição, com dois objetivos: colaborar com as políticas estaduais para o restabelecimento da normalidade hídrica; e transformar o HEAB em uma unidade de assistência à saúde do SUS com alta eficiência na utilização dos recursos hídricos.

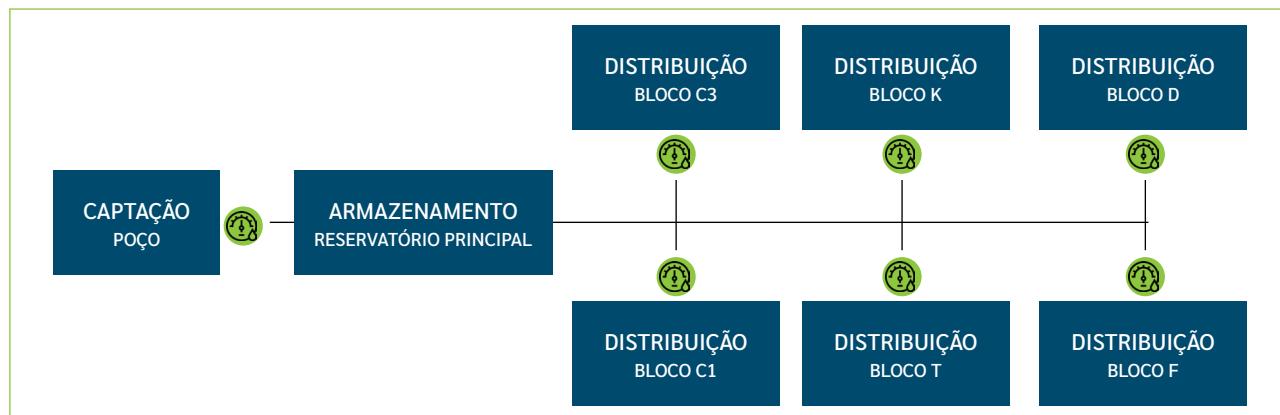
O conceito de governança ambiental, social e corporativa, mais conhecido pelo acrônimo ESG (do inglês, *environmental, social and governance*), foi elaborado

em 2004 em um relatório de 20 instituições financeiras em resposta a um chamado de Kofi Annan, então secretário-geral da Organização das Nações Unidas (ONU). ESG refere-se a como corporações e investidores integram preocupações ambientais, sociais e de governança em seus modelos de negócios<sup>3</sup>. Mesmo para organizações que não têm um projeto estruturado de ESG, iniciativas relacionadas a meio ambiente, sociedade e governança corporativa têm efeito favorável no desempenho financeiro<sup>4</sup>.

Desde sua inauguração, em 2008, o HEAB possui um sistema próprio de captação de água, sendo independente da rede hídrica do município de Américo Brasiliense. A captação de água é feita totalmente de sistema de poço tubular profundo, com exploração ativa do aquífero de Serra Geral e da bacia hidrográfica do Mogi Guaçu, com autorização para exploração de 5,8 metros cúbicos de água por hora.

O processo de captação e armazenamento disponibiliza água a todos os pontos de consumo no hospital. Assim, uma das soluções encontradas para racionalizar o consumo hídrico na instituição foi individualizar os pontos de consumo e equipá-los com hidrômetros, conforme esquema apresentado na Figura 1. A solução buscou facilitar o monitoramento setorizado do consumo e a identificação de possíveis vazamentos para, com isso, aumentar a eficiência das ações destinadas à redução do consumo.

Reconhecendo que a água é um bem natural e finito, que o governo emitiu alerta para todo o estado devido à crise hídrica e que a sociedade enfrentava sérias dificuldades com o racionamento e a falta de abastecimento para as rotinas básicas dos lares, o Hospital Estadual Américo Brasiliense passou a ter como objetivo o apoio às políticas de governo de redução e racionamento de água, assumindo o compromisso com o meio ambiente pela eficiência hídrica no processo de assistência à saúde.

**Figura 1 – Instalações de hidrômetros para monitoramento setorizado do consumo e eficiência hídrica**

Fonte: elaboração do autor.

## MÉTODO

O monitoramento do consumo de água no complexo hospitalar é realizado por meio de hidrômetros pré-equipados para sistema de telemetria, com relojoaria mecânica e sistema de turbinas. O controle do consumo foi iniciado em 2010 e, desde então, a equipe de manutenção coleta diariamente os dados dos equipamentos. Os dados são registrados, também diariamente, em planilha de controle, que computa o volume captado nas atividades hospitalares.

Durante anos, essa metodologia de registro de informações permaneceu ativa, com monitoramento realizado pela equipe de engenharia e manutenção. Em 2015, devido à estratégia institucional relacionada ao projeto de eficiência hídrica, verificou-se a necessidade da adoção de novos sistemas para acompanhamento do consumo em todos os pontos de distribuição, permitindo à instituição aperfeiçoar a gestão, direcionar a implementação de intervenções técnicas para reduzir o consumo e avaliar os resultados obtidos após os investimentos.

Nos anos de 2015 e 2016, ocorreram as fases de planejamento e de adequações da infraestrutura, além de pesquisa e desenvolvimento de métodos para alcançar os resultados esperados. Em março de 2017, foram iniciadas as instalações de todos os acessórios previstos no planejamento, com acompanhamento diário

do desempenho das instalações para verificação da eficácia das ações de redução do consumo de água.

Após o período de planejamento, iniciou-se um processo de pesquisa e desenvolvimento para materializar os resultados mensurados no projeto, de forma que a eficiência hídrica fosse alcançada sem comprometer o conforto dos pacientes durante sua estada nas instalações do HEAB e sem interferências nas rotinas operacionais da instituição. Mediante estudos hidráulicos e das instalações existentes, identificaram-se pontos que necessitariam da instalação de novos medidores de consumo, possibilitando controles mais efetivos da relação captação-consumo na instituição.

Assim, o estudo de viabilidade do projeto concluiu que os pontos mais críticos que possibilitariam resultados expressivos eram: os chuveiros, as torneiras de higienização das mãos e as torneiras utilizadas para limpeza. Esses locais foram definidos por serem considerados elementos de grande fluxo de uso e consumo, com intervenções que poderiam ser realizadas pela própria mão de obra local e com insumos de baixo custo.

Com base no levantamento, realizado em meados de agosto de 2016, quatro novos medidores de vazão foram instalados, totalizando sete pontos de monitoramento do consumo. Nos chuveiros e nas torneiras, foram utilizados redutores de vazão resistentes a

temperaturas de 0Cº a 100Cº, permitindo que os usuários dos chuveiros e torneiras realizassem suas atividades normalmente sem interferir na rotina diária. Nas torneiras de higienização das mãos com retorno automático, foram instalados arejadores, que permitem a distribuição da água com jato otimizado e disperso.

O período de implantação do projeto foi de aproximadamente 26 dias, ao longo do mês de março de 2017. Os resultados puderam ser comprovados pelas medições realizadas diariamente nos medidores setorizados; ao final dos meses subsequentes, os resultados foram se consolidando, o novo perfil de consumo, se definindo e os resultados concretos, sendo identificados.

## RESULTADOS

Já no período de planejamento do projeto, entre 2015 e 2016, os resultados diretos projetados previram redução de 25% a 30% no consumo hídrico mensal total da instituição. Outros benefícios mensurados foram classificados como resultados indiretos, que não estão relacionados à economia de água, mas que contribuem para a gestão do uso da água no complexo hospitalar.

Após a instalação dos redutores de vazão, os chuveiros passaram de uma vazão de 18 litros por minuto para 8 litros

por minuto. Em alguns pontos, as torneiras de limpeza passaram de 50 litros por minuto para 15 litros por minuto, constatação feita por meio dos testes no local do consumo antes e depois da instalação do redutor de vazão.

Com relação às torneiras, após o período de adaptação dos usuários às novas vazões das torneiras, obteve-se uma diminuição de 1,2 litro por minuto para 0,25 litro por minuto, uma redução no consumo mensal de aproximadamente 80%.

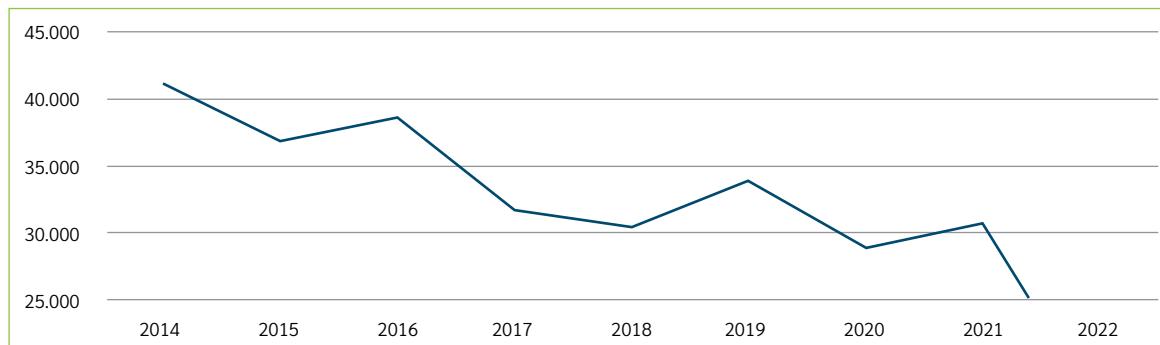
## DISCUSSÃO

### Resultados diretos

Com o novo método de mensuração, foi possível entender o perfil de consumo da instituição de acordo com os períodos de sazonalidade, a evolução do consumo em todos os anos gerenciados e os índices de economia na etapa de implementação do projeto, além da ágil identificação de possíveis vazamentos de água que possam ocorrer na instituição, remediando imediatamente a condição desfavorável para que esse recurso não seja perdido.

O Gráfico 1 apresenta a série histórica do consumo anual de água da instituição entre 2014 e 2021.

**Gráfico 1 – Variação do consumo de água em m<sup>3</sup> por ano, no período entre 2014 e 2021, no Hospital Estadual Américo Brasiliense**



Fonte: elaboração do autor.

Pelo gráfico, pode-se verificar que há uma clara tendência de queda a partir de 2017, ano em que o projeto de

monitoramento e racionalização do consumo foi implantado. Mesmo a instituição não tendo despesa financeira

como consumo de água, sua preocupação com a responsabilidade ambiental acarretou uma redução de quase 50% no consumo anual entre 2014 e 2021.

## Resultados indiretos

Os resultados indiretos também são significativos e relevantes, pois favorecem o desempenho de outros fatores importantes da infraestrutura hospitalar:

a) Redução na geração de efluente sanitário: houve uma diminuição de aproximadamente 25% no lançamento de efluente sanitário na rede coletora. Outro ponto favorável dos resultados alcançados foi o aumento do tempo de permanência do efluente na estação de tratamento local; a maior retenção da carga biológica tornou o tratamento mais eficiente.

b) Conservação do aquífero e das bombas: com o projeto em sua fase avançada, o sistema de captação por poço artesiano trabalha com mais tranquilidade. Com isso, a extração do aquífero foi reduzida em aproximadamente 12 milhões de litros por ano e o tempo de trabalho das bombas passou de 20 horas para 14 horas por dia, dando maior vida útil ao equipamento e reduzindo o consumo de energia elétrica.

c) Aumento da autonomia dos reservatórios: devido à redução do consumo em todos os setores do hospital, elevou-se a autonomia de abastecimento de água. Com isso, em períodos de manutenção ou emergência,

a capacidade de abastecimento dos reservatórios passou de 84 horas para 108 horas.

d) Viabilidade econômica do projeto: o projeto do Hospital Estadual Américo Brasiliense não teve os aspectos econômicos e financeiros como objetivo central, pois a captação de água da instituição é realizada em poço artesiano e o tratamento do efluente, pela própria estação de tratamento, não gerando nenhum custo com abastecimento nem com deposição de efluentes. Assim, o estudo de retorno do investimento foi realizado com base na tabela de tarifação do Departamento Autônomo de Água e Esgoto da cidade de Araraquara: com a economia de cerca de 1.000 metros cúbicos, obtém-se retorno financeiro dos investimentos em apenas dez dias após as melhorias implementadas.

c) Credibilidade: o projeto comprova a viabilidade de investimentos em ações ambientais, elevando a confiabilidade de futuros projetos de sustentabilidade.

## CONCLUSÃO

A implementação do projeto trouxe benefícios mensuráveis e diretos, que puderam ser medidos e evidenciados por meio dos dados de consumo e controle operacional dos processos. Após a implantação das medidas para redução do consumo, a economicidade identificada é progressiva a cada ano, chegando a uma economia de 25% em 2022 em comparação com as medições iniciais.

## REFERÊNCIAS

1. Cavalcanti BS, Marques GRG. Recursos hídricos e gestão de conflitos: a bacia hidrográfica do rio Paraíba do Sul a partir da crise hídrica de 2014-2015. RGPLP [Internet]. 2016 [Cited 2022 Sep 14];15(1):4-16. Available from: <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rgplp/article/view/78411>
2. Porto RL, Porto MF, Palermo M. A resurreição do volume morto do Sistema Cantareira na Quaresma. Rev DAE [Internet]. 2014 [Cited 2022 Sep 14];197(197):18-25. Available from: [http://revistadae.com.br/artigos/artigo\\_edicao\\_197\\_n\\_1573.pdf](http://revistadae.com.br/artigos/artigo_edicao_197_n_1573.pdf)
3. Gillan SL, Koch A, Starks LT (2021). Firms and Social Responsibility A Review of ESG and CSR Research in Corporate. J Corp Finance [Internet]. 2021 [Cited 2022 Sep 14];66:101889. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jcorfin.2021.101889>
4. Chen Z, Xie G. (2022). ESG disclosure and financial performance: Moderating role of ESG investors. IRFA [Internet]. 2022 [Cited 2022 Sep 14];83:102291. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.irfa.2022.102291>

# Certificação por Distinção de Serviços de Terapia Infusional Assistida: percepção de impactos e melhorias

Júlio Cesar Bertacini de Moraes<sup>a</sup>, Mara Márcia Machado<sup>b</sup>, Elizabeth Fernandes Reis<sup>c</sup>, Felipe Tolaini Silveira<sup>d</sup>, Lucianna Reis Novaes<sup>e</sup>, Michel Matos de Barros<sup>f</sup>, Fabrício dos Santos Cirino<sup>g</sup>

<sup>a</sup> Graduação em Medicina pela Universidade de São Paulo (USP); residência em Reumatologia pelo Programa de Residência Médica da USP; doutorado em Ciências Médicas pela USP; MBA em Gestão em Saúde pelo Instituto de Ensino e Pesquisa (Inspet); sócio-diretor do Centro de Infusão e Terapia Imunobiológica (EVCITI); São Paulo/SP.

<sup>b</sup> Graduação em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP); pós-graduação em Administração Hospitalar e Auditoria em Saúde pela USP; diretora executiva (CEO) do Instituto Qualisa de Gestão (IQG); São Paulo/SP.

<sup>c</sup> Graduação em Medicina pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp); residência médica em Cardiologia pela Unifesp; pós-graduação em Gestão de Projetos pela Fundação Getúlio Vargas (FGV); coordenadora de Acreditação ONA e Programas de Distinção do Instituto Qualisa de Gestão (IQG); São Paulo/SP.

<sup>d</sup> Graduação em Medicina pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP); residência médica em Ortopedia e Traumatologia pelo Hospital Nossa Senhora dos Prazeres (HNSP); MBA em Health/Health Care Administration/Management pela Fundação Getúlio Vargas (FGV); diretor-médico (CMO) do IQG-Instituto Qualisa de Gestão (IQG); São Paulo/SP.

<sup>e</sup> Graduação em Enfermagem pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas); especialização em Administração Hospitalar pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP); especialização em Estomatologia pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp); avaliadora do Instituto Qualisa de Gestão (IQG); São Paulo/SP.

<sup>f</sup> Graduação em Enfermagem pelo Centro Universitário Faculdades Metropolitanas Unidas (FMU); especialização em Enfermagem em Urgência e Emergência pela FMU; MBA em Gestão em Saúde pelo Centro Universitário São Camilo; avaliador do Instituto Qualisa de Gestão (IQG); São Paulo/SP.

<sup>g</sup> Graduação em Farmácia pela Universidade Católica de Santos (UniSantos); especialização em Farmacologia Clínica pela UniSantos; mestrado em Saúde Coletiva – Meio Ambiente e Saúde pela UniSantos; doutorado em Ciências pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP); avaliador do Instituto Qualisa de Gestão (IQG); São Paulo/SP.

## Resumo

Um serviço de saúde com certificação de acreditação ainda possui oportunidades de melhorias em seus processos de qualidade? Esta é uma dúvida constante de gestores da saúde. Por isso, o objetivo deste trabalho foi levantar os impactos e melhorias percebidos a partir da certificação por Distinção de Serviços de Terapia Infusional Assistida. Após o ciclo de consolidação dessa certificação no Centro de Dispensação de Medicamentos de Alto Custo do Ambulatório de Reumatologia do Hospital das Clínicas de São Paulo, uma entrevista estruturada foi realizada com o responsável pelo serviço para compreender quais melhorias em processos são atribuídas ao programa de certificação, beneficiando uma instituição que já possui acreditação plena. Dentre os principais impactos, está a padronização dos processos com a gestão dos indicadores da terapia assistida, trazendo oportunidades para identificar ciclos robustos de melhoria. Por se tratar de uma distinção, cujo olhar é muito específico, houve melhoria na transição das informações, fortalecendo as barreiras aos riscos assistenciais, promovendo maior planejamento e continuidade do cuidado devido à efetividade na comunicação e melhorando o engajamento dos profissionais. As ações de gestão do acesso relacionam-se com a diminuição do absenteísmo do paciente, o melhor emprego de recursos, a maior adequação aos protocolos e a regularidade no uso dos medicamentos, elevando segurança da cadeia medicamentosa e a sustentabilidade no uso desses insumos. Atualmente, o maior ponto forte no serviço é o valor agregado no setor de farmácia, com uma grande acurácia na disponibilização do tratamento ao paciente. Com foco na geração de valor e no diferencial competitivo, os programas de certificação por distinção de serviços ou protocolos são uma importante ferramenta para preencher lacunas em serviços, ao mesmo tempo elevando o grau de maturidade na gestão da qualidade e da segurança da organização.

**Palavras-chave:** Certificação por distinção; Terapia assistida; Melhoria contínua; Cadeia medicamentosa.

## INTRODUÇÃO

Qualidade é um conceito que, dentro da saúde, é aplicado a uma totalidade de características dos processos e produtos que constituem uma organização de saúde<sup>1</sup>. Para os serviços de saúde de maior complexidade, localizados nos grandes centros, uma estratégia de diferenciação é a certificação de sua qualidade por meio de uma metodologia validada, fazendo com que uma instituição isenta possa endossar que o esforço de modelagem dos processos trouxe resultados assistenciais à organização.

Porém, uma grande dúvida de instituições já acreditadas sobre a maturidade do processo de qualidade e segurança do paciente é: o que pode ser feito após alcançar esse alto nível de atuação em seus serviços?

Para responder a esta questão, existem as certificações por distinção, em que um microssistema ou um protocolo pode ser certificado de maneira a trazer um olhar mais focado e resultados mais pontuais do que aqueles gerados pelas acreditações, cuja visão da organização é mais sistêmica.

Na medicina, a terapia infusional assistida consiste no procedimento de administração de medicamentos de forma invasiva, diretamente em vias de acesso não fisiológicas criadas momentaneamente, como a endovenosa (diretamente na veia) e a subcutânea (no tecido abaixo da pele). Na reumatologia, essa modalidade de terapia torna-se bastante presente, pois o tratamento de primeira linha em pacientes intolerantes ou que não respondem aos anti-inflamatórios não hormonais pode ser a terapia com imunobiológicos.

Atualmente, os medicamentos biológicos são amplamente utilizados para tratar diversas doenças reumáticas, apesar de não estarem isentos de riscos – como qualquer tratamento medicamentoso –, podendo surgir efeitos adversos durante a infusão, além do aumento no risco de infecções oportunistas e reações de hipersensibilidade<sup>2</sup>.

Vale destacar que essa técnica terapêutica não se aplica apenas à reumatologia. Há um grande aumento de investimentos na área oncológica, em que se alinharam o desenvolvimento de novos métodos de diagnóstico às melhores opções de medicações e terapias. Com o incremento dessas tecnologias, há o consequente aumento de despesas no financiamento de tratamentos onco-hematológicos para as organizações de saúde, havendo a necessidade de criarem uma estratégia de redução de custos e manutenção da qualidade assistencial nos centros de terapias infusoriais, em busca de sustentabilidade e estabilidade financeira<sup>3</sup>.

O Programa de Certificação por Distinção de Serviços de Terapia Infusional Assistida avalia o desempenho de centrais desse tipo de terapia considerando os serviços a que estão associadas, a eficiência no uso de recursos, a eficácia na aplicação de diretrizes e o monitoramento de desfechos clínicos em busca de maior efetividade clínica, a fim de melhorar a qualidade e os cuidados oferecidos.

As vantagens para a organização estão em demonstrar uma abordagem sistemática para o plano individualizado do cuidado, somada a um compromisso de melhoria de desempenho por meio da coleta e análise de dados junto aos indicadores do programa de certificação, que se fundamentam em padrões de consenso nacional e internacional.

Sendo uma área de atuação multiprofissional, a certificação por distinção também tem o papel agregador de colocar todas as diferentes disciplinas envolvidas em um mecanismo promotor de uma melhor comunicação entre as partes, para que possam estar

estreitamente integradas e para que o cuidado centrado no paciente seja uma ação real e natural. Os farmacêuticos possuem um importante papel nessa rotina, pois a assistência farmacêutica envolve componentes especializados (medicamentos de alto custo), carecendo de uma gestão que envolva não apenas o acesso aos medicamentos, mas também o acesso a outros cuidados e serviços de saúde, e que articule as ações para minimização do desperdício de insumos<sup>4</sup>.

Os medicamentos são os grandes protagonistas na terapia infusional, pois, além de muito usados, são uma das fontes mais comuns de erros e eventos adversos. A responsabilidade é compartilhada: a preparação e a administração dos medicamentos intravenosos é atribuição da equipe de enfermagem, enquanto os farmacêuticos são considerados efetivos na redução de erros de medicação e eventos adversos, reduzindo as causas desses eventos após avaliação técnica das prescrições, intervenções em farmacoterapia e apoio ao monitoramento do tratamento<sup>5</sup>.

Considerando os aspectos interdisciplinares, o risco ao paciente e o elevado custo dessa modalidade de tratamento, este trabalho teve por objetivo levantar os impactos e as melhorias percebidos após a Certificação por Distinção de Serviços de Terapia Infusional Assistida.

## MÉTODO

Para a redação deste relato de experiência, uma entrevista estruturada, contendo quatro questões reflexivas e discursivas, foi realizada com o responsável pelo serviço de terapia infusional assistida do Ambulatório de Reumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP) após o ciclo de consolidação da Certificação por Distinção de Serviços de Terapia Infusional Assistida na instituição – que já possui Acreditação Plena. O objetivo foi compreender

quais melhorias em processos são atribuídas ao programa de certificação por distinção.

O Centro de Dispensação de Medicamentos de Alto Custo (CEDMAC) é um serviço público estratégico, por receber toda a demanda do Ambulatório de Reumatologia do HC-FMUSP. Conta com uma infraestrutura adequada para viabilizar atendimento aos pacientes, treinamento de residentes e realização de pesquisas relacionadas a imunobiológicos e doenças autoimunes do tecido conjuntivo. Dispõe de oito leitos infusionais, três consultórios médicos, dois consultórios de enfermagem, sala de discussão de casos e recepção, atendendo a uma média de 1.200 pacientes por mês.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O responsável pelo serviço de terapia infusional assistida do Ambulatório de Reumatologia do HC-FMUSP respondeu, de forma descritiva e por escrito, às quatro perguntas do questionário. Posteriormente, ele e o pesquisador reuniram-se para fazer a exploração das informações contidas no formulário, comparando-as com os projetos de andamento do ciclo de certificação.

A primeira questão era qual teria sido a grande mudança gerada nos processos da instituição com a implantação da Distinção em Serviços de Terapia Infusional Assistida.

A resposta, em consonância com a argumentação na introdução deste artigo, foi de que, mesmo

possuindo a certificação ONA 2 antes da distinção, o foco da certificação na terapia infusional assistida com a colaboração da Sociedade Brasileira de Reumatologia nos trouxe uma visão mais específica sobre os processos específicos, sendo que acredito que os maiores impactos da certificação foram a padronização dos processos e a gestão por indicadores, que contribui demais com o conhecimento sobre a

operação e evidencia as oportunidades de melhorias a cada ciclo.

Cabe destacar aqui a relevância de compreensão do contexto por um olhar menos sistêmico para identificar, ainda mais, as construções rumo à excelência do serviço.

Na segunda pergunta, foi questionado o quanto a comunicação é percebida como ferramenta assistencial na transição do cuidado. Segundo o entrevistado, a comunicação

não apenas é percebida como também é compreendida como etapa de planejamento do cuidado. Etapa esta fundamental para a segurança do atendimento e para os resultados alcançados, pois quanto mais desenvolvemos a comunicação eficaz aqui no serviço, maior é nossa percepção de maior robustez em todas as barreiras de redução de risco de erros no processo assistencial, além de trazer visibilidade do resultado dos processos assistenciais, auxiliando no maior engajamento de toda a equipe.

Neste tópico, fica muito evidente que uma comunicação mais assertiva faz com que a segurança do paciente seja favorecida, minimizando possíveis erros porque mais profissionais envolvem-se diretamente com o paciente. Além disso, a transição da informação é mais bem trabalhada, de maneira oficial e contundente, para que a tomada de decisão clínica seja sempre pautada no bem-estar do paciente e em sua condição de saúde.

A gestão do acesso é um fator muito importante para a compreensão dos serviços de perfil financeiro mais oneroso, pois a ausência demanda perda de tempo de hora especializada e insumos de impacto orçamentário. Ao ser questionado se houve mudança nesta etapa de seu processo, na terceira pergunta do formulário, o responsável pelo serviço afirmou que

ao longo do processo percebemos algumas melhorias na gestão do acesso, sendo duas de maior impacto: a redução do absenteísmo dos pacientes,

proporcionando maior eficiência no uso da agenda disponível; e uma maior adequação ao protocolo assistencial, gerando maior regularidade no uso dos medicamentos.

Ter domínio sobre a capacidade instalada e a capacidade operacionalizada do serviço permite fazer com que se otimizem os recursos financeiros com menos desperdício, seja na diminuição no descarte de medicamentos não empregados, seja em evitar que profissional capacitado fique disponível para um atendimento que não ocorrerá. Ao compreender que é corresponsável por seu tratamento, o paciente tende a aderir melhor à terapia.

A quarta e última pergunta tratou da relevância da cadeia medicamentosa como forma de agregar valor ao sistema por meio da promoção da qualidade e segurança do paciente. Vários pontos puderam ser destacados nesta resposta, pois foi

o setor com maior evolução no nosso serviço a partir da distinção, ao passar por uma reestruturação que hoje constitui o principal ponto forte que temos. Atualmente contamos com elevado grau de visibilidade de disponibilidade dos tratamentos através de um controle semanal de estoque disponível e demanda prevista, proporcionando uma visibilidade bem acurada do tempo de cobertura de atendimento de cada medicamento e, consequentemente, o planejamento de ações nos momentos de possível ruptura de fornecimento, além da oportunidade de escolha de tratamentos mais possíveis de manterem sua continuidade.

Por este motivo é que o reconhecimento do contexto de atuação, do local de funcionamento e da cultura organizacional é relevante para a certificação, pois

pode parecer simples para um serviço privado, mas, para um serviço público que não tem controle sobre a aquisição dos medicamentos, essa visão e planejamento foram fundamentais para enfrentarmos da melhor maneira possível os desafios que vieram

em conjunto com a pandemia [de covid-19], com diversas rupturas de fornecimento afetando diversos medicamentos. A segurança do tratamento foi bastante impactada também com refinamento dos processos de identificação e barreiras para evitar trocas de medicamentos; fortalecimento da notificação de reações adversas e falhas terapêuticas.

A integridade e a segurança da cadeia medicamentosa, com ações que tornaram mais efetivas as barreiras aos eventos, certamente encontram relação direta na forma como o serviço se organizou a partir de uma nova política de comunicação.

Por fim, foi apontado um grande destaque para a cultura de qualidade institucional, representado pelo amadurecimento da cultura de notificação de inconformidades nos processos visando ao aperfeiçoamento dos mesmos e desvinculando-a de uma imagem punitiva pessoal que acabava sendo o padrão de percepção dos colaboradores anteriormente.

Nesta fala, é possível verificar que, mesmo havendo uma acreditação em nível pleno, ainda existia, no âmbito dos processos, um olhar muito mais de responsabilização frente às falhas do que de melhoria dos processos. O olhar mais focado sobre o serviço específico dentro da instituição foi fundamental para que grandes revoluções ocorressem e pudessem gerar continuidade na busca da excelência, por um outro prisma, e maior clareza a algumas etapas desse fluxo de trabalho.

## CONCLUSÃO

Dentre os principais impactos da certificação por distinção, vale destacar a padronização dos processos, com a gestão dos indicadores da terapia assistida, que abriu oportunidades para identificar ciclos robustos de melhoria. Por se tratar de uma distinção, com um olhar muito específico, houve melhoria na transição das informações, fortalecendo as barreiras aos riscos

assistenciais, promovendo maior planejamento e proporcionando continuidade do cuidado devido à efetividade na comunicação e ao engajamento dos profissionais. Houve, também, queda no absenteísmo do paciente, relacionada às ações de gestão do acesso, que aprimoraram o emprego de recursos com maior adequação aos protocolos e mais regularidade no uso dos medicamentos. Tudo isso significou mais segurança da cadeia medicamentosa e sustentabilidade no uso desses insumos. Atualmente, o maior ponto forte no serviço é o valor agregado que existe no setor de

farmácia, com uma grande acurácia na disponibilidade do tratamento aos pacientes.

A qualidade é uma corrida sem linha de chegada, por isso sempre existem oportunidades de melhorias nos processos de instituições já acreditadas. Com foco na geração de valor e no diferencial competitivo, os programas de certificação por distinção de serviços ou protocolos são uma importante ferramenta para preencher as lacunas em serviços, ao mesmo tempo em que elevam o grau de maturidade na gestão da qualidade e segurança das organizações.

## REFERÊNCIAS

1. Meira SRC, Oliveira ADSB, Santos CO. (2021). A contribuição da auditoria para a qualidade da gestão dos serviços de saúde. *Braz J of Bus* [Internet]. 2021 [Cited 2022 Sep 15];3(1):1021-1033. Available from: <https://doi.org/10.34140/bjbv3n1-058>
2. Dantas AB. Eficácia e segurança do uso de imunobiológicos no tratamento de espondilite anquilosante e sua relação com a qualidade de vida dos pacientes acompanhados no Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW-UFPB) [Undergraduate thesis on the internet]. João Pessoa: Centro de Ciências Médicas, Universidade Federal da Paraíba; 2021. Available from: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/23166>
3. Silva LFCMD. Implantação de central de terapia infusional: o caminho no núcleo de segurança do paciente, a estruturação e a implantação nos hospitais militares [Undergraduate thesis on the internet]. Rio de Janeiro: Escola de Saúde do Exército; 2020. Available from: <https://bdex.eb.mil.br/jspui/handle/123456789/7536>
4. Rover MRM, Faraco EB, Vargas-Peláez CM, Colussi CF, Storpirtis S, Farias MR et al. Acesso a medicamentos de alto preço: desigualdades na organização e resultados entre estados brasileiros. *Ciênc. Saúde Coletiva* [Internet]. 2021 [Cited 2022 Sep 12];26(11):5499-5508. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.27402020>.
5. Lavich IC. Atuação do farmacêutico na equipe de terapia infusional em um hospital de ensino [Undergraduate thesis on the internet]. Santa Cruz do Sul: Departamento de Biologia e Farmácia, Universidade de Santa Cruz do Sul; 2019. Available from: <https://repositorio.unisc.br/jspui/handle/11624/2809>



## Equipe editorial

### Editora-chefe:

Mara Márcia Machado

### Editor-executivo:

Dr. Felipe Tolaini

### Editor científico:

Fabrício dos Santos Cirino

## Sobre a revista

A **Revista Science** é um periódico de 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.

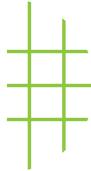
Esperamos, com isso, fomentar o estudo e a promoção de estratégias em saúde que informem e debatam a importância de práticas líderes de gestão, inovação e sustentabilidade do negócio, bem como a geração de valor ao paciente e aos profissionais de saúde no contexto atual.

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

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

## Estrutura e preparação de manuscritos

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

**Texto:** Ortografia oficial em folhas A4; espaçamento de linha 1.5; 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 sobrescritos e entre parênteses, sem mencionar o nome dos autores (exceto aqueles que representam uma formação teórica). Quando forem sequenciais, indicar o primeiro e o último número, separados por um hífen, por exemplo, 1-4. Quando não sequenciais, devem ser separados por uma vírgula, por exemplo, 1-2,4.
- **Citações de referências no final do texto:** Usar o estilo “Vancouver”, disponível em ([https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](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](http://www.revistascience.com)