

A GOVERNANÇA INSTITUCIONAL COMO ALICERCE DOS PROCESSOS DA QUALIDADE



Vol. 3, No. 2 (abr./jun. 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

Governança organizacional pode ser definida como uma estrutura abrangente que garante a conformidade da instituição com requisitos regulatórios, padrões de boas práticas e melhoria contínua da qualidade. As estruturas e os processos de governança devem dar transparência à gestão.

Hoje, com as rápidas mudanças no ambiente jurídico e regulatório e a adoção de políticas sociais e ambientais cada vez mais fortes, o conceito de governança está sendo desafiado em todas as organizações.

Vivemos em uma nova era, na qual a inovação impulsionada por tecnologias facilitadoras contribui com uma série de modificações para a economia e a sociedade, principalmente no cenário da saúde. As pessoas estão mais empoderadas, em parte graças a um verdadeiro arsenal de ferramentas de gestão que as mantém equipadas para os desenvolvimentos necessários e a consolidação dos processos de mudanças internas organizacionais. Em contrapartida, em modelos de governança atuais, as pessoas são limitadas pelas normas e práticas existentes e não conseguem demonstrar toda a sua força, o que gera uma dualidade entre o que se espera e o que de fato lhes compete em suas responsabilidades.

Assim, o desafio dos novos modelos de governança é criar espaços onde os profissionais dispostos a mudar a sociedade possam trabalhar plenamente para fazê-lo por sua própria iniciativa, agregando valor por meio da adaptação às complexidades organizacionais. Para isso, é essencial que as organizações revisitem seus sistemas de valores atuais, de forma que sejam acompanhados de um sentimento de contribuição para a sociedade.

Eu acredito firmemente que, para ser um bom gestor, é necessário ser um bom cidadão. Nesse contexto, é fundamental que impacte positivamente o ambiente e a sociedade em que opera de maneira significativa.

Precisamos mudar os modelos de gestão para mudar a sociedade.

Mara Márcia Machado

Editora-chefe



Sumário



05 Editorial 1

Qualidade assistencial e governança corporativa

08 Artigo Original 1

Estudo comparativo entre diferentes escalas de trabalho em uma unidade de terapia intensiva adulto

15 Relato de Experiência 1

O desafio da implantação da Metodologia Ágil em uma instituição de saúde: mudança e superação das pessoas

21 Relato de Experiência 2

O serviço de enfermagem como estratégia de gestão em saúde

30 Artigo Original 2

Sistematização do processo de agendamento de doação de sangue: evitando aglomerações em tempos de pandemia e controlando o estoque

38 Relato de Experiência 3

Gestão multiprofissional de um centro de tratamento de queimaduras

43 Relato de Experiência 4

Auditória interna da qualidade: estudo de caso em hospital de médio porte

51 Institucional

52 Normas de submissão

Qualidade assistencial e governança corporativa

Darcy Lisbão^a

^a Graduado em Medicina pela Fundação Técnico-Educacional Souza Marques, MBA Executivo em Saúde pela Fundação Getulio Vargas (FGV); mestrado e doutorado em Medicina – Cirurgia Geral pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (FCMSCSP); diretor médico corporativo da Rede Hospitalar Athena Saúde.

Usualmente, quando falamos de um hospital e de sua preocupação com a assistência prestada, vêm à mente as áreas assistenciais diretas: médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, fonoaudiólogos e toda a equipe multidisciplinar. Porém, a qualidade do serviço hospitalar vai além dos profissionais da saúde.

Algumas instituições, entendendo a importância de controlar riscos, melhorar as práticas e acompanhar os resultados, têm identificado a necessidade de um núcleo técnico de gestão, criando os escritórios de qualidade. Então, a participação em projetos de acreditação é apenas mais um passo na direção da qualidade.

Nesse processo, sempre nos deparamos com uma dúvida: essa tarefa/preocupação deve ser restrita à equipe assistencial? Certamente não, pois todo serviço de saúde tem que ter o foco no cliente – seja ele o paciente ou o familiar, seja o prestador de serviço, sejam os colaboradores e demais parceiros. Entendo ser este o foco para uma prática de qualidade na saúde.

Estando clara a relação de ações para a prática da qualidade, bastam as equipes assistenciais se dedicarem a essa temática? Onde entra a alta administração da instituição nesse processo? Como entendemos a governança corporativa quando tratamos da qualidade assistencial prestada aos pacientes?

Normalmente pensamos em governança como sendo as políticas, as regras e os processos envolvidos na administração da empresa, com uma proposta de mantê-la sustentável economicamente e confiável para os clientes, fornecedores e acionistas, ou seja, para a sociedade. Mas, se a qualidade assistencial é a razão de ser do serviço prestado – direcionado pela estratégia do negócio –, por que a alta administração geralmente fica tão afastada da gestão da qualidade?

É comum e frequente as instituições criarem um departamento de qualidade, envolvendo exclusivamente

as ações vinculadas ao serviço prestado. Entretanto, isso gera um estigma de obrigatoriedade, como um *checklist* de regras não internalizadas pelos microssistemas, e não como ações corporativas para uma boa prática no ambiente da saúde. Por isso, mesmo com atividades claramente descritas e reconhecidas como adequadas e corretas para a promoção da qualidade do cuidado prestado e para a otimização da rotina de trabalho, algumas instituições ainda têm enorme dificuldade para implantar essa cultura.

A qualidade assistencial em uma empresa de saúde deve estar na missão e nos valores institucionais, para que todos reconheçam seu papel – direto ou indireto – na segurança e no bem-estar do paciente. Compreender que os conceitos de qualidade e segurança dos processos, as regras, as rotinas e os protocolos, assim como todas as demais tarefas relacionadas ao tema, foram desenhados e estudados – e são constantemente revisados – para melhorar o cuidado em saúde é de fato um grande desafio. Para exemplificar: quando um colaborador é recrutado para uma área de apoio, ele é apresentado, durante sua integração, aos objetivos e princípios da proposta da qualidade em seus processos que se integram com as áreas assistenciais? Como exigir dos colaboradores, principalmente aqueles com atividades de apoio, que percebam e se engajem nos processos da qualidade se isso não fizer parte da política institucional?

Quando insistimos na preparação dos profissionais, independentemente da posição que ocupem na organização, é porque entendemos que o escritório da qualidade tem suas funções bem-definidas e precisas, fazendo as reciclagens e os treinamentos necessários para que todos os processos sejam internalizados pela equipe, mas sabemos que a natureza humana acaba por apenas incorporar a seu cotidiano aquilo que se torna uma cultura – neste caso, uma cultura organizacional.

Portanto, em minha opinião, a alta administração deve estar envolvida na atmosfera da qualidade, dando um

suporte essencial para as boas práticas preconizadas. Esse respaldo demonstra uma responsabilidade com relação aos dados e à discussão dos resultados com os envolvidos, apoiando novas ações e participando dos projetos por meio de algum representante. Tudo isso fortalece a qualidade e a segurança, com cuidado centrado no paciente, em toda a corporação.

Antes de finalizar este raciocínio, gostaria de fazer mais uma provocação: quanto envolvidos estão, de fato, os gestores das áreas de apoio com as modelagens de seus processos, atendendo todas as necessidades de seus clientes internos (os profissionais da área assistencial)? Quanto mais estreita for a relação entre todos os gestores e a alta administração, maior será o impacto, inclusive nos resultados financeiros da instituição, pois é essa relação que possibilita verificar melhor a eficiência operacional, tomar decisões com mais assertividade e atuar de forma muito mais

produtiva do que apenas estar ciente dos resultados gerados por cada microssistema.

Apoiar melhorias contínuas dos processos é impossível se não houver qualquer tipo de ação coordenada pelos resultados obtidos. Mas, se as melhorias forem geradas proativamente – e elas demandam estratégia para que as escolhas corretas sejam feitas –, será oportuno discutir abertamente os problemas, os riscos e as oportunidades de melhorias, pois será a governança institucional a patrocinar todas essas ações.

Enfim, a responsabilidade da gestão da qualidade em uma instituição de saúde é de todos que atuam direta ou indiretamente no cuidado, desde o mais alto escalão até as mais ramificadas escalas de um organograma, atingindo 100% das áreas da empresa. Todos precisam, devem e merecem fazer parte dessa experiência maravilhosa que é cuidar bem, e sempre melhor, da saúde do próximo.

Estudo comparativo entre diferentes escalas de trabalho em uma unidade de terapia intensiva adulto

Francisca Jaqueline Mota de Lima^a, Jacqueline Siqueira Mendes Ambrozi^b

Resumo

Esta pesquisa teve como objetivo comparar a sensibilidade das escalas *Nursing Activities Score* (NAS) e *Therapeutic Intervention Scoring System-28* (TISS-28) para o redimensionamento de equipes de enfermagem em unidade de terapia intensiva adulto. Foi realizada uma pesquisa descritiva e retrospectiva, com abordagem quantitativa e qualitativa, na unidade de terapia intensiva adulto do Hospital Edmundo Vasconcelos, localizado no município de São Paulo. No segundo semestre de 2020, essa instituição hospitalar mudou seu sistema operacional e, por conseguinte, substituiu o TISS-28 pelo NAS, frente à maior abrangência dessa segunda ferramenta. Comparando-se os dados analisados entre março e maio de 2020 com o mesmo período de 2021, observou-se maior sensibilidade do NAS que apresentou 100%, 100% e 99%, respectivamente em março, abril e maio de

^a Graduação em Enfermagem pela Universidade Nove de Julho (Uninove); especialização em Cardiologia e Hemodinâmica pela Uninove; especialização em Gestão da Qualidade pela Universidade Albert Einstein; analista da qualidade sênior no Hospital Edmundo Vasconcelos; São Paulo/SP.

^b Graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Gama Filho; especialização em Centro Cirúrgico e Central de Materiais e Esterilização pela Universidade Gama Filho; especialização em Trauma pela Universidade Bandeirantes; especialização em Administração Hospitalar pela Universidade de Ribeirão Preto; especialização em Enfermagem em Terapia Intensiva Adulto pela Universidade São Camilo; membro do Grupo Terapia Intravenosa, Sepse e EMTN do Hospital Edmundo Vasconcelos; supervisora de Enfermagem da UTI Adulto no Hospital Edmundo Vasconcelos; São Paulo/SP.

2021, para atendimento de necessidade do paciente em cuidados intensivos. Este estudo possibilitou observar que o NAS apresenta melhor sensibilidade em comparação com o TISS-28, favorecendo o redimensionamento de pessoal para atender aos pacientes em estado crítico e a incorporação de novos profissionais à equipe de enfermagem, de forma a continuar garantindo um atendimento de qualidade ao paciente e um cuidado seguro.

Palavras-chave: Serviços de enfermagem; Unidade de terapia intensiva; Dimensionamento de pessoal; Cuidados de enfermagem; Cuidados críticos.

INTRODUÇÃO

Nos últimos dois anos, a pandemia de covid-19 – doença altamente contagiosa e com elevados índices de morbidade e mortalidade em vários países – fez com que as instituições hospitalares tivessem de se reorganizar para atender à nova demanda, exigindo cada vez mais capacitação profissional e uma assistência organizada de forma que possa atender todas as necessidades dos pacientes, acometidos ou não pela covid-19.

Covid-19 refere-se à doença oriunda do Sars-CoV-2¹, considerada a terceira infecção pelo vírus da família *coronaviridae* nas duas últimas décadas. Dada sua disseminação muito rápida e em grande escala, em 2020 decretou-se estado de pandemia, com grande impacto na sociedade mundial em geral, devido ao trânsito de pessoas no processo de globalização^{2,3}. Os pacientes diagnosticados com essa infecção podem evoluir para síndrome do acometimento respiratório severo (SARS) e, por conseguinte, apresentar complicações por choque ou falência de múltiplos órgãos^{1,2}. Quando o paciente chega a esse quadro clínico grave, há a necessidade de cuidados intensivos, que podem ser obtidos em unidade de terapia intensiva (UTI), tais como: ventilação mecânica (VM), terapia de substituição renal (TSR) e, em casos mais graves, oxigenação por membrana extracorpórea (ECMO)^{2,3}.

Neste cenário, destaca-se a importância da equipe de enfermagem, que representa o principal corpo assistencial no complexo hospitalar e, por isso, assume um papel fundamental na prestação de uma assistência de qualidade. Para tanto, esses profissionais precisam manter, com auxílio de ferramentas adequadas e de forma individual, uma visão holística dos pacientes a fim de identificar suas reais necessidades⁴.

As UTIs surgiram com a identificação da necessidade de aperfeiçoar o atendimento aos pacientes que precisam de monitorização em tempo integral devido à fragilidade decorrente de alguma doença. Trata-se, portanto, de um ambiente que requer vigilância constante, cuidados não só com as vestimentas e outros equipamentos de proteção do profissional que nela atua, mas também do paciente, manuseio e fluxo adequados de materiais e equipamentos, administração de medicamentos seguindo parâmetros de segurança e inspeção corporal sistemática para verificação de possíveis complicações que possam ser provocadas pelo tempo de internação do paciente⁵.

Além disso, vale ressaltar que a complexidade e o grau de dependência dos pacientes internados afetam diretamente a carga de trabalho da enfermagem e a qualidade da assistência ofertada a eles, o que torna importante o uso de ferramentas de avaliação do tempo de assistência de enfermagem ao paciente. Na UTI, uma dessas ferramentas é o *Nursing*

Activities Score (NAS), escala que aponta o tempo de assistência ao paciente internado no período de 24 horas, a partir de 23 pontos relacionados com os aspectos humanos básicos. A escala é organizada em sete categorias: atividades básicas, suporte ventilatório, suporte cardiovascular, suporte renal, suporte neurológico, suporte metabólico e intervenções específicas dentro e fora da UTI⁶. O NAS foi adaptado e validado para o cenário brasileiro por Queijo e Padilha em 2009⁷ e, desde então, tem sido muito utilizado para mensurar a carga de trabalho da enfermagem em terapia intensiva. Esse instrumento tem se destacado como uma importante ferramenta, já que possibilita a identificação da carga de trabalho de enfermagem de forma direta⁶.

O *Therapeutic Intervention Scoring System-28* (TISS-28) também é uma escala que busca medir a quantidade de tempo que cada profissional de enfermagem deve dedicar, dentro de um período de 24 horas, a atividades de assistência direta aos pacientes, não considerando atividades de cunho administrativo ou de aconselhamento, comuns na UTI. Pode favorecer, portanto, o cálculo do número de profissionais de enfermagem necessários para cada turno e o número de horas que cada profissional precisa trabalhar de forma que não comprometa a segurança do paciente⁸.

Vale destacar que, mesmo antes da pandemia, a UTI já se mostrava um ambiente complexo e que exigia cuidados específicos, apresentando a necessidade de uma equipe adequada tanto sob o aspecto do número de colaboradores quanto de capacitação desses profissionais. Portanto, acredita-se ser de suma importância que haja um dimensionamento apropriado de pessoal para que as demandas habituais da UTI sejam atendidas, bem como as novas demandas decorrentes da pandemia. Esta pesquisa objetivou uma análise dessas ferramentas na gestão do serviço, comparando a sensibilidade das escalas NAS e TISS-28 para o redimensionamento da equipe de enfermagem na unidade de terapia intensiva.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva e retrospectiva com abordagem quantitativa e qualitativa, realizada em um hospital privado de grande porte localizado no município de São Paulo, Brasil.

O estudo foi realizado a partir da análise de prontuários de pacientes internados na unidade de terapia intensiva do referido hospital, composta por 20 leitos destinados a pacientes com covid-19 e outros dez leitos organizados para atendimento de pacientes cirúrgicos e com outras patologias.

Os prontuários referentes ao período de 1º de março de 2020 a 31 de maio de 2020 foram analisados utilizando-se a escala TISS-28. Quanto aos do período de 1º de março de 2021 a 31 de maio de 2021, a mesma análise ocorreu com o uso da escala NAS. A escolha do primeiro período é baseada no início da pandemia, que demandou mais cuidados aos pacientes infectados e, consequentemente, desencadeou o redimensionamento de profissionais para atender todas essas demandas. O segundo período foi justificado pela troca do sistema operacional da instituição, com a adoção da escala NAS em substituição do TISS-28.

Como critérios de inclusão, foram considerados prontuários que estivessem com 100% do preenchimento das escalas nos períodos definidos, de pacientes internados na UTI adulto e com internação superior a 24 horas.

Durante os períodos definidos para a pesquisa, foi analisado um total de 530 prontuários, distribuídos da seguinte forma: 226 prontuários em 2020 e 304 prontuários em 2021.

Em um segundo momento, analisou-se o índice de tempo de trabalho do TISS-28 e do NAS. Os dados foram transcritos em uma planilha *Excel* e tabulados, utilizando-se a média dos escores obtidos de cada paciente por tempo de internação e de acordo com cada ferramenta.

RESULTADOS

Ao tabular os dados sociodemográficos (idade, sexo, dias de internação e hipóteses diagnósticas) dos

pacientes cujos prontuários atendiam os critérios de inclusão neste estudo, encontraram-se os resultados mostrados na Tabela 1.

Tabela 1 – Dados sociodemográficos (ano/sexo, média de idade e 3 principais hipóteses diagnósticas) dos pacientes de UTI adulto inclusos no estudo

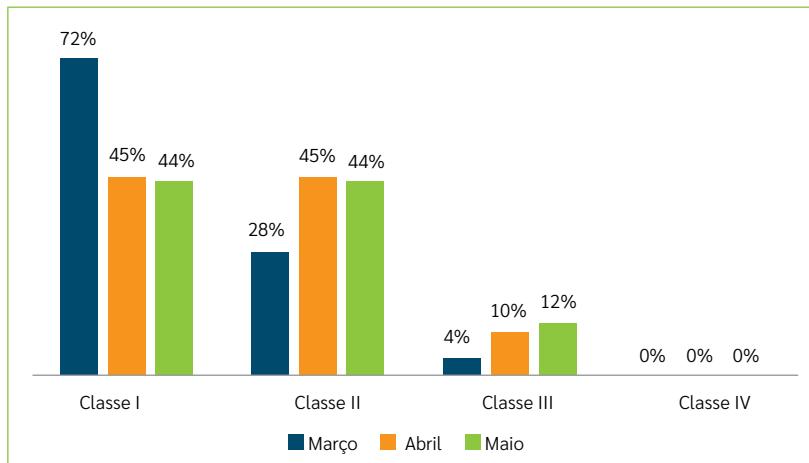
PERÍODO	SEXO		MÉDIA DE IDADE	PRINCIPAIS HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS	
	Masculino	Feminino			
Março a maio de 2020	58,4%	41,6%	66 anos	1. Suspeita de covid-19 aguardando confirmação por meio de diagnóstico	43,6%
				2. Outras doenças respiratórias	11%
				3. Insuficiência cardíaca aguda descompensada	4%
Março a maio de 2021	61,8%	38,2%	57 anos	1. Infecção por covid-19	60,1%
				2. Suspeita de covid-19 aguardando confirmação por meio de diagnóstico	7,4%
				3. Outras doenças respiratórias e angina instável	4,2%

Fonte: elaboração das autoras com base nos prontuários selecionados (Hospital Edmundo Vasconcelos, São Paulo)

No período de 2020 analisado, além dos três diagnósticos apresentados na Tabela 1, outras patologias foram identificadas nos prontuários; embora cada uma representasse menos de 4%, juntas elas se destacam pelo volume de 41,2% das internações. Já no período de março a maio de 2021, as outras

patologias com menor representatividade, somadas, totalizaram 28,4% das internações na UTI adulto. O tempo médio de internação foi de 6,1 dias em 2020 e de 7,8 dias em 2021. Os maiores escores obtidos ocorreram na classe I, seguida das classes II, III e IV, de acordo com o Gráfico 1.

Gráfico 1 – Distribuição de pacientes de acordo com severidade segundo o escore TISS-28 (dados referentes às internações em UTI no período de março a maio de 2020)



Fonte: elaboração das autoras

A classificação utilizada no Gráfico 1 segue a padronização conforme o TISS-28, apresentada na Tabela 2. Quanto maior for a pontuação/

classificação, maior será a necessidade de assistência da enfermagem ao paciente, devido à criticidade de seu quadro clínico.

Tabela 2 – Classificação dos pacientes de acordo com os cuidados intensivos necessários, conforme o TISS-28

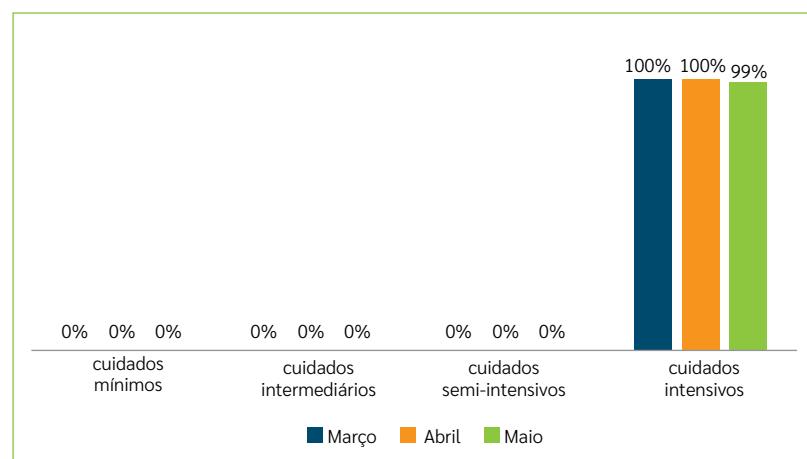
CLASSE	PONTUAÇÃO	NECESSIDADE DE VIGILÂNCIA E CUIDADOS
Classe I	De 0 a 19 pontos	Pacientes fisiologicamente estáveis e que necessitam de observação profilática
Classe II	De 20 a 34 pontos	Pacientes fisiologicamente estáveis, porém, com necessidade de cuidados intensivos de enfermagem e monitorização contínua
Classe III	De 35 a 60 pontos	Pacientes graves e hemodinamicamente instáveis
Classe IV	Acima de 60 pontos	Pacientes com indicação compulsória de internação em UTI com assistência médica e de enfermagem contínua e especializada

Fonte: Elias et al. (2006)⁹

Frente aos critérios que a escala TISS-28 abrange, apenas 43,3% das atividades desempenhadas pela equipe de enfermagem¹⁰ estão entre os pontos avaliados. Já a escala NAS, que substituiu o TISS-28 no segundo período analisado, abrange até 80,8% das atividades de enfermagem destinadas ao paciente crítico e, assim, pode garantir uma avaliação mais

precisa no que tange à carga de trabalho da enfermagem na UTI¹¹. Com isso, os dados analisados referentes ao período de março a maio de 2021 demonstraram a maior sensibilidade do NAS, que apresentou 100%, 100% e 99% nos respectivos meses em relação à necessidade de o paciente receber cuidados intensivos, como mostra o Gráfico 2.

Gráfico 2 – Distribuição de pacientes de acordo com severidade segundo o escore NAS (dados referentes às internações em UTI no período de março a maio de 2021)



Fonte: elaboração das autoras

Ao aplicarmos a classificação do TISS-28 nos meses de março a abril de 2021, o resultado foi de 0% em

todos os meses para todos os tipos de cuidado, em contradição ao que é visto no Gráfico 2.

DISCUSSÃO

A maior especificidade do NAS está associada com o maior número de atividades desempenhadas pela equipe de enfermagem que essa escala abrange em comparação com o TISS-28, que apresenta um número inferior de atividades. Assim, o escore decorrente da pontuação do NAS demonstra, de forma direta, o percentual de tempo gasto pela equipe de enfermagem na assistência ao paciente grave. Essa pontuação pode variar de 0% a 100%, o que representa o quanto do tempo de trabalho de um profissional foi necessário para atender o paciente em 24 horas^{8,11} – isto é, quando se obtém uma pontuação igual a 100 pontos, entende-se que o paciente necessitou de 100% do tempo de um profissional de enfermagem em 24 horas. Cabe ressaltar que cada ponto do NAS representa 14,4 minutos de assistência de enfermagem prestada¹⁰.

Neste estudo, a porcentagem do tempo de cuidados intensivos demandados por pacientes críticos obtida com o NAS – de 100% em dois dos três meses analisados em 2021 – está bem acima de outras médias obtidas por outros autores – por exemplo, em um estudo de 2014 que apresentou média entre 50% a 60%¹². Porém, é importante considerar que o presente estudo foi realizado em um cenário pandêmico, o que não ocorreu em pesquisas anteriores. Conforme levantamento bibliográfico, valor mais próximo aos achados desta pesquisa foi o de um estudo realizado entre janeiro e março de 2021 em um hospital público, no qual obteve-se a média de 71,43%¹². Alguns pesquisadores consideram que, quanto maior o tempo de

permanência na unidade de terapia intensiva, maior será o valor do NAS¹³.

CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou observar que a escala NAS apresenta melhor sensibilidade quando comparada com o TISS-28, o que favoreceu o redimensionamento de pessoal para atender os pacientes em estado crítico na UTI adulto do Hospital Edmundo Vasconcelos, bem como a incorporação de novos profissionais à equipe de enfermagem, de forma a garantir um atendimento ao paciente com qualidade e segurança.

Além disso, embora não seja o foco do NAS, foi possível observar uma melhor organização e distribuição de recursos materiais e equipamentos para os casos mais graves, devido à maior sensibilidade da escala, que permitiu apontar, mesmo que de forma indireta, as reais demandas de recursos pelos pacientes.

Contudo, evidencia-se a necessidade de novos estudos, com amostras maiores e que possibilitem uma avaliação mais aprofundada dos escores obtidos com a NAS. Consta-se também a importância do preenchimento correto dos prontuários dos pacientes e a análise dos dados obtidos com o uso de ferramentas dessa natureza, para que, assim, os resultados obtidos sejam o mais fidedignos possível.

Ações simples podem ser de grande valia na busca de diminuição dos eventos, como o envolvimento dos colaboradores e das lideranças, promovendo um foco não punitivo e uma cultura justa.

REFERÊNCIAS

1. Vicent JL, Taccone F. Understanding pathways to death in patients with COVID-19. *Lancet Respir Med* [Internet]. 2020 [cited 2021 Jul 04];8(5):430-432. Available from: [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30165-X](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30165-X)
2. Graselli G, Pesenti A, Cecconi M. Critical care utilization for the COVID-19 outbreak in Lombardy, Italy: early experience and forecast during an emergency response. *JAMA* [Internet]. 2020 [cited 2021 Jul 04];323(16):1545-1546. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2763188>.
3. Xiaobo Y, Yu Y, Xu J, Shu H, Xia J, Liu H et al. Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-

- CoV-2 pneumonia in Wuhan, China: a single centered, retrospective, observational study. *Lancet Respir Med* [Internet]. 2020 [cited 2021 Jul 03];8(5):475-481. Available from: [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30079-5](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30079-5).
4. Medeiros AL, Santos SR, Cabral RWL. Sistematização da assistência de enfermagem: dificuldades evidenciadas pela teoria fundamentada nos dados. *Rev. Enferm. UERJ* [Internet]. 2013 [cited 2021 Jul 04];21(1):47-53. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-743013>.
 5. Rodrigues YS, Santana RP, Pinheiros CPO. Humanização na Unidade de Terapia Intensiva Adulta. *COPRVS* [Internet]. 2019 [cited 2021 Jul 04];1(1). Available from: <http://ojs.mentoring.com.br/index.php/CORPVS/article/view/3>.
 6. Candemil IL. Carga de trabalho da equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva adulta: análise do Nursing Activities Score [TCC]. Florianópolis (SC): Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina; 2020. Available from: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/213479>
 7. Queijo AF, Padilha K. Nursing Activities Score (NAS): adaptação transcultural e validação para a língua portuguesa. *Rev. Esc. Enferm. USP* [Internet]. 2009 [Cited 2022 Mar 29];43(spe). Available from: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000500004>.
 8. Velozo KDS, Garcia PCR, Piva JP, Fiori HH, Cabral DD, Einloft PR et al. Escores TISS-28 versus NEMS para dimensionar a equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva pediátrica. *Einstein* [Internet]. 2017 [cited 2021 Jul 04];15(4):470-475. Available from: <https://www.scielo.br/j/eins/a/NCZkzGD3dQpNMmgqDH6GGNb/?lang=pt>.
 9. Elias ACGP, Matsuo T, Cardoso LTQ, Grion CMC. Aplicação do sistema de pontuação de intervenções terapêuticas (TISS 28) em unidade de terapia intensiva para avaliação da gravidade do paciente. *Rev. Latino-am. Enferm.* [Internet]. 2006 [cited 2021 Jul 15];14(3):324-329. Available from: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/NDYFhXDkB4hK46xkB8H4v5B/?format=pdf&lang=p>.
 10. Altafin JAM, Grion CMC, Tanita MT, Festti J, Cardoso LTQ, Veiga CFF et al. Nursing Activities Score e carga de trabalho em unidade de terapia intensiva de hospital universitário. *Rev Bras Ter Intensiva* [Internet]. 2014 [cited 2021 Jul 04];26(3):292-298. Available from: <https://www.scielo.br/j/rbti/a/MWQqPmQdvSDQ9Fjtycvf3dC/abstract/?lang=pt>.
 11. Batassini E, Silveira JT, Cardoso PC, Castro DE, Hochegger T, Vieira DFVB et al. Nursing Activities Score: qual periodicidade ideal para avaliação da carga de trabalho? *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2019 [cited 2021 Jul 04];32(2):162-168. Available from: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900023>.
 12. Ferreira PC, Machado RC, Vitor AF, Lira ALBC, Martins QCS. Dimensionamento de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: evidências sobre o Nursing Activities Score. *Rev. Rene* [Internet]. 2014 [cited 2021 Jul 15];15(5):888-897. Available from: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3267>.
 13. Oliveira PMV, Nakahata KS, Marques IR. Avaliação da demanda de intervenções de enfermagem em terapia intensiva segundo o Nursing Activities Score (NAS). *Rev. Eletr. Acervo Saúde* [Internet]. 2019 [cited 2021 Jul 04];11(10):e453. Available from: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/453>.

O desafio da implantação da Metodologia Ágil em uma instituição de saúde: mudança e superação das pessoas

Cyntia Melo Silva Santiago^a, Bernardo Menelau Cavalcanti^b, Ronald Fonseca Cavalcanti^c, Vasco Torres Fernandes Bravo Filho^d

^a Graduação em Administração de Empresas pela Universidade Católica de Pernambuco (Unicap); graduação em Ciências Contábeis pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE); MBA em Finanças Corporativas pela UFPE; especialização em Administração de Empresas e Sistemas de Saúde pela Universidade Autônoma de Madrid (UAM), Espanha; MBA em Marketing de Serviços pela Faculdade de Ciências da Administração de Pernambuco (FCAP); MBA em Finanças Corporativas pela UFPE; MBA em Finanças pelo IBMEC; especialização em Gestão de Negócios, Economia e Gestão Empresarial pela Fundação Dom Cabral; diretora executiva do Hospital de Olhos de Pernambuco (HOPE), Recife/PE.

^b Graduação em Medicina pela Universidade Gama Filho; especialização em Oftalmologia pela Fundação Altino Ventura (FAV); subespecialização em Doenças Externas Oculares e Córnea pela FAV; *Research Fellowship* no Massachusetts Eye And Ear Infirmary, Harvard Medical School, Boston, Estados Unidos; mestrado em Ciências pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE); coordenador do Curso de Residência Médica em Oftalmologia da FAV; presidente da Sociedade Brasileira de Administração em Oftalmologia (SBAO); acionista da plataforma Vision One; médico oftalmologista do Hospital de Olhos de Pernambuco (HOPE), Recife/PE.

^c Graduação em Medicina pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE); residência médica com especialização em Oftalmologia pela UFPE; mestrado em Administração da Prática Oftalmológica pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp); presidente da Fundação Altino Ventura (FAV); membro do Conselho Deliberativo da Sociedade Brasileira de Administração em Oftalmologia (SBAO); presidente da Latin American Society of Ophthalmic Administrators (LASOA); acionista da plataforma Vision One; ex-diretor do Hospital de Olhos de Pernambuco (HOPE), Recife/PE.

^d Graduação em Medicina pela Universidade de Pernambuco (UPE); especialização em Oftalmologia e *fellow* em Cirurgia Vítreo-retiniana pela Fundação Altino Ventura (FAV); doutorado em Oftalmologia e Ciências Visuais pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp); *post-doc fellow* da Universidade McGill, Canadá; especialista em Oftalmologia da Associação Médica Brasileira (AMB) e do Conselho Brasileiro de Oftalmologia (CBO); secretário-geral da Sociedade de Oftalmologia de Pernambuco (SOPE); diretor médico assistencial do Hospital de Olhos de Pernambuco (HOPE), Recife/PE.

Resumo

A Metodologia Ágil, criada na indústria de tecnologia, vem sendo introduzida em diversas instituições, inclusive no setor da saúde. Este relato teve como objetivo descrever e analisar o processo de adaptação aos métodos ágeis no Hospital de Olhos de Pernambuco. Após abordar a preparação prévia da instituição (por meio de acreditação hospitalar), sua fusão com outras empresas para a criação de uma plataforma nacional de oftalmologia e otorrinolaringologia e algumas tendências de mercado, o artigo buscou apurar o sentimento de mudança com a chegada das ferramentas da Metodologia Ágil, a inserção de suas terminologias no cotidiano e a formação de equipes multidisciplinares (*squads*) que reúnem profissionais com pontos de vista diversos para a solução de problemas e a valorização de ideias. O estudo apontou a importância de priorizar pessoas e suas relações, com respeito à pluralidade de visões. Isso proporciona resultados benéficos ao negócio, ao investir na lógica de macroprocessos que consintam maior autonomia e modelo proativo. Nesse sistema, também é necessária a abertura à experimentação e desmistificação de falhas administrativas e erros construtivos, sem permitir que estes afetem a segurança do paciente e a integridade da atividade médica. Com o sucesso da combinação dos princípios do hospital com os métodos ágeis, chegou-se a uma equipe estrategicamente engajada e com sentimento de visibilidade, impulsionando a empresa a se mover com mais eficiência.

Palavras-chave: Metodologia Ágil; Saúde; Squad; Sprint.

INTRODUÇÃO

Os valores e princípios da Metodologia Ágil, nascidos na indústria de tecnologia e documentados de forma sistematizada em um manifesto em 2001¹, vêm sendo importados e adaptados, durante os últimos 20 anos, por diversos setores, inclusive o de saúde. A equipe do Hospital de Olhos de Pernambuco (HOPE) vem absorvendo alguns desses métodos ágeis e isso tem sido inspirador e causado um certo encantamento. Novas formas de gerir e funcionar, quando implementadas com sensibilidade e prudência, tendem a oxigenar e reenergizar as organizações.

É importante mencionar que, antes de começar a adotar essa metodologia, o HOPE realizou duas grandes “viradas de chave”, que deram contribuições determinantes à preparação de um terreno fértil para a agilidade. A primeira delas foi a participação e a certificação em processos de acreditação, que envolvem desde a segurança do paciente até a excelência em gestão. Esse movimento de preparo para a qualidade, em que a empresa se lança num mergulho mais

profundo no que diz respeito a formalizar, padronizar e mensurar os processos e atividades essenciais, ajuda a retirar obstáculos do caminho para que ela venha a se tornar uma empresa ágil. Afinal, quando a casa está organizada, fica mais fácil e rápido mudar as coisas de lugar.

Com a chegada da pandemia de covid-19 ao Brasil, no início de 2020, isso ficou muito evidente. Estar com os processos “redondos” e bem-estruturados, principalmente no que diz respeito à segurança do paciente, facilitou para o hospital se adaptar e responder mais rapidamente às exigências do novo cenário. Além da implantação das medidas sanitárias emergenciais, foi possível lançar prontamente, a partir da flexibilização da legislação que regula a telemedicina, um canal de teleatendimento que usava videochamadas como alternativa diante da necessidade de isolamento social.

A segunda grande “virada de chave”, que fez o negócio mudar de patamar em termos de maturidade, foi a decisão e a efetivação da fusão do HOPE com o Centro Brasileiro da Visão (CBV), sediado em Brasília,

e, mais recentemente, com o Hospital de Olhos de Cuiabá (HOC), no Mato Grosso. Nasceu, assim, uma nova plataforma nacional de saúde especializada em oftalmologia e otorrinolaringologia, com o apoio de um investidor relevante e com o claro propósito de expandir o acesso à saúde de qualidade, com excelência médica e de gestão, no Brasil.

É importante lembrar que o HOPE, como a maioria das clínicas e hospitais, tem uma trajetória que começa como empresa familiar – neste caso particular, fundada por duas famílias de médicos oftalmologistas. Essa característica, em geral, confere um desenho mais verticalizado à empresa, com decisões mais centralizadas no topo da hierarquia e uma cultura organizacional fortemente ligada aos valores e à personalidade dos fundadores.

Embora a profissionalização da gestão já viesse acontecendo havia mais de uma década, dar o passo da fusão foi, sem dúvida, uma quebra de paradigma, uma vez que os fundadores escolheram afastar-se das decisões relativas à gestão do dia a dia do negócio local rumo a uma atuação focada na estratégia nacional da plataforma. Essa escolha seguiu uma tendência de mercado na qual empresas da área médica vêm se unindo para se fortalecer mutuamente, ampliar o alcance de atuação, oferecer níveis ainda mais elevados de qualidade e obter diversas sinergias, incluindo trocas das melhores práticas entre unidades, aumento das oportunidades para talentos médicos e administrativos, negociação com fornecedores e desenho de modelos sustentáveis de remuneração para o sistema.

Todo processo de fusão de empresas é complexo e exige uma grande velocidade de adaptação, alinhamento e aprimoramento das pessoas e das práticas. Foi no embalo desses movimentos que o HOPE começou a se familiarizar com a Metodologia Ágil.

METODOLOGIA

Um dos valores da Metodologia Ágil é dar mais importância às pessoas e às relações entre elas do que a processos e ferramentas. Há que se atentar, no entanto, para o fato de que, na área médica, a amarração dos processos é fundamental para que se possa dar conta da complexidade ímpar do segmento, que envolve não somente a infinidade de ações coordenadas e sincronizadas que precisam acontecer de forma segura dentro do hospital, mas também a delicadeza e a sofisticação de seu objeto de atenção: a saúde do indivíduo. Nesse caso, portanto, paradoxalmente, ser rigoroso com processos também significa priorizar as pessoas.

Dentro desse princípio de colocar as pessoas e suas interações no topo do *ranking* de relevância dentro da empresa, um dos primeiros passos que está sendo dado no HOPE envolve o empoderamento dos colaboradores por meio de uma organização do trabalho que permita maior autonomia. O organograma convencional e verticalizado, estruturado por departamentos e cargos, passou a ser secundário. Ele ainda existe por uma questão administrativa, mas as interações deixam de ser pautadas por ele e passam a se organizar em torno de uma lógica de macroprocessos, chamados de **linhas de jornada**, sendo elas: Administrativo-Financeiro, Negócios, Médico, Assistencial, Gente, Operacional e Tecnologia.

Além das linhas de jornada, foram formatados os **squads**, que são equipes multidisciplinares e enxutas (de até dez pessoas) com a missão de fabricar ideias e estruturar projetos em torno de um objetivo específico e claro. Cada *squad* é formado por um grupo de profissionais de várias linhas de jornada, que vivenciam as rotinas de diferentes departamentos do hospital e, com isso, conseguem ver os problemas e desafios a partir de pontos de vista diversos, permitindo que o grupo construa soluções mais rápidas, criativas e certeiras.

Os *squads* se auto-organizam, e isso torna seu funcionamento dinâmico e flexível. Por exemplo, inicialmente, foram criados cinco *squads*: Paciente, Gente, Médico, Receita e Economia. Em pouco tempo, no entanto, percebeu-se a necessidade de reorganizar os times para criação de mais um *squad*, o da Qualidade.

Os três primeiros *squads* têm como objetivo aumentar a satisfação de seus respectivos públicos-alvo (pacientes, colaboradores e médicos), mensurada pelo método *Net Promoter Score* (NPS/e-NPS). Já os três últimos têm como objetivo, respectivamente, elevar a receita, aumentar a rentabilidade e melhorar os processos de qualidade do hospital.

Cada *squad* tem um líder e um *product owner* (P.O.). É recomendável que o líder seja uma pessoa com perfil mais operacional, com habilidade de organizar, fazer acontecer e dar ritmo às atividades do grupo; é importante também que seja alguém de fácil relacionamento, que inspire e motive a equipe, enfim, uma liderança facilitadora. Já o P.O. é a pessoa que entende profundamente o produto/cliente/objetivo do *squad* e, assim, tem a responsabilidade de garantir que os projetos em discussão estejam em linha com o propósito do grupo; atua como um consultor e funciona como um guardião do foco, filtrando as ideias e propostas de projetos, identificando o que realmente adere ao objetivo do *squad* e garantindo que o grupo siga no rumo certo.

No *Squad Gente*, surgiu a ideia de implantar no hospital uma comunicação voltada a clientes com necessidades especiais. Mesmo sendo uma ótima ideia, verificou-se que não deveria ser trabalhada por esse *squad*, pelo fato de não ter amarração com seu objetivo específico, que é aumentar a satisfação do colaborador. Nesse caso, o líder do *Squad Gente* compartilhou a ideia com o líder do *Squad Paciente*, que vai decidir se desenvolverá algum projeto nesse sentido.

Os *squads* têm reuniões semanais, que possibilitam um acompanhamento de perto do avanço do time nas tarefas e das providências acordadas, bem como a realização de ajustes, sempre que necessário. E, quinzenalmente, acontecem reuniões de alinhamento entre as lideranças dos *squads*. A Metodologia Ágil propõe que todas essas reuniões, chamadas de *sprints*, sejam rápidas e objetivas, de forma a darem leveza e celeridade ao processo. Na experiência do HOPE, esses encontros têm tido duração de cerca de uma hora, o que ainda é considerado muito tempo para os parâmetros ágeis. Com a prática e a familiarização com esse novo formato de interação, é possível que se consiga que essas reuniões sejam mais objetivas e abreviadas.

Outro aspecto importante para a imersão na cultura ágil é que o ambiente físico favoreça esse tipo de interação frequente e multidisciplinar. O hospital vem realizando algumas reorganizações iniciais de espaços da área administrativa para facilitar interações e fluxos internos, unificando algumas salas e ressignificando a antiga percepção de que ter uma sala individual é símbolo de *status* para as lideranças. Estar acessível deve ser o norteador arquitetônico sempre que possível, eliminando barreiras e facilitando o contato das pessoas e a comunicação entre elas.

Para facilitar a visualização e o entendimento do andamento dos trabalhos, a Metodologia Ágil propõe a utilização de mapas visuais de acompanhamento das atividades, como o quadro *Kanban*, modelo simples e objetivo que divide todos os passos dos projetos em três colunas representando o *status* de execução: *a fazer*, *fazendo* e *feito*. Esse quadro deve ser alimentado e acessado por toda a equipe do respectivo *squad*, o que dá transparência e dinamismo ao processo. Cada *squad* tem seu próprio *Kanban*, que pode ser tanto físico, como um quadro na parede, como digital, como a ferramenta *Trello*, atualmente utilizada pela equipe do HOPE.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Abertura à experimentação e desmistificação do erro

Além da agilidade, o formato de funcionamento em *squads* proporciona um ganho no quesito criatividade, pelo fato de oferecer uma abertura maior à experimentação. Há um estímulo para que as pessoas fiquem mais à vontade para expor suas ideias e propor projetos mais “fora da caixa”. Os colaboradores, principalmente os operacionais, que estão menos acostumados a ter espaço para propor e criar, sentem-se mais participativos e engajados ao terem mais oportunidades de dar sugestões e verem suas contribuições sendo aceitas e implementadas.

Quando a tentativa de fazer algo não dá certo, isso deixa de ser um motivo de repreensão e passa a ser apenas mais um aprendizado, o que diminui o medo de errar. E, quanto mais rápido se testa e erra, mais rápido se corrige e acerta. Por exemplo: o *Squad* Médico pensou em otimizar o trabalho da secretaria, tirando-lhe a atribuição de confirmar as cirurgias e passando essa tarefa à equipe do bloco cirúrgico. Isso foi testado e não funcionou bem. Na mesma semana, retomou-se o formato anterior.

Entre as contribuições do processo de acreditação para o hospital, o hábito da notificação de erros abriu caminho para a mudança de olhar sobre as falhas, por mostrar a importância de dar visibilidade ao que precisa ser corrigido, encarar o erro e desmistificá-lo. Vale lembrar que mudar a cultura é sempre um processo demorado. Às vezes, há uma resistência até ao uso da própria palavra “erro”. Mas isso é compreensível, sobretudo no ambiente de saúde, no qual há uma barreira que o erro não pode transpor: a segurança do paciente. Essa linha divide os âmbitos em que os erros são aceitáveis – ou seja, quando apenas impactam a gestão e as questões administrativas – e inaceitáveis – quando estão relacionados à atividade médica. É no

primeiro âmbito, de erros aceitáveis e construtivos, que a empresa busca abrir espaço e avançar na flexibilidade, com a intenção de estimular as pessoas a confiarem em sua capacidade de responder rápida e criativamente aos desafios do negócio.

Diversidade e inclusão: mais caminhos à vista

Para se mover de forma ágil, é preciso ver rapidamente as possibilidades e os diferentes caminhos. É fundamental, portanto, ter uma pluralidade de visões. Por isso a questão da diversidade e da inclusão é tão importante, além do fato de significar, essencialmente, respeito às pessoas. Para ajudar a quebrar barreiras e preconceitos – pois toda mudança cultural encontra resistências até inconscientes –, o HOPE criou um Comitê de Diversidade & Inclusão, cujo objetivo é pensar e implementar ações inclusivas. Para o comitê, foram convidados colaboradores que representam minorias sociais, como pessoas negras, homoafetivas, mulheres feministas e pessoas com necessidades especiais.

Uma das ações do comitê foi a criação do programa Pronta pra Voltar, que recruta mães que estão fora do mercado de trabalho há dois anos ou mais. O programa dá a essas mulheres a oportunidade de recomeçarem a trabalhar, treinando e abrindo um espaço de acolhimento, no qual há a compreensão de que elas não estão no mesmo ritmo de outros profissionais devido ao tempo dedicado nos primeiros anos da maternidade.

Movimentos desse tipo, que acolhem e colocam as pessoas em um lugar de mais conforto psicológico e emocional, contribuem bastante para a composição de um time feito por pessoas engajadas, que nutrem o sentimento de pertencimento e que, consequentemente, ajudam a empresa a se mover com mais eficiência e agilidade.

Gerenciar a mudança: o preparo para o novo

É natural que toda mudança, mesmo que para melhor, possa trazer certo desconforto e receio em relação àquilo que é desconhecido. Uma das coisas que pode gerar resistência inicial à adoção de novas metodologias de gestão de projetos, por exemplo, é o **estranhamento em relação a expressões novas e importadas** de outras áreas e de outros idiomas. Há que se deixar claro para os colaboradores que, afinal, um *squad* é simplesmente uma equipe enxuta multidisciplinar e com um objetivo claro a alcançar. Um *sprint* é apenas uma reunião rápida. E um *Kanban* é uma lista de afazeres visualmente organizada, compartilhada e editada.

No processo de gestão da mudança, além de desmitificar as novas terminologias, o HOPE vem ensaiando um modelo de atuação mais proativo e consultivo por parte do departamento de Gente. Cada analista do departamento passa a ter vínculo com uma das linhas de jornada, acompanhando suas reuniões e estando mais próximo da equipe, em um formato de maior parceria.

Essa nova postura, somada à participação estratégica dos fundadores e da diretoria do hospital – capitaneando o processo e estando presentes como a face familiar que dá segurança à equipe –, tem ajudado a desconstruir o medo das mudanças. E não só das mudanças relacionadas à implantação da Metodologia Ágil, mas também de todas as outras disruptões que estão sendo vivenciadas, tais como o processo de fusão da empresa e, em um contexto maior, a própria experiência inédita da pandemia, com todas as inseguranças que esse cenário trouxe. Trata-se de um

momento muito exigente, ao qual a equipe do HOPE tem respondido de forma surpreendente e positiva.

CONCLUSÃO

Toda metodologia que é trazida de fora da empresa chega como uma caixa de ferramentas fechada. Ao abrir essa caixa para usá-la, é natural que haja uma adequação das ferramentas a seus novos usuários e a suas necessidades específicas. Portanto, o que se espera não é que o HOPE adote a Metodologia Ágil em seu estado puro, mas sim que aconteça a combinação possível entre os princípios da empresa e os métodos ágeis. Essa combinação deve sempre ser única, e cada empresa chega a um resultado diferente. Por exemplo, o CBV, que também já iniciou a implementação da Metodologia Ágil, e as demais unidades da plataforma Vision One, que darão esse passo em breve, construirão sua própria combinação possível. Porque pessoas diferentes manuseiam de distintas formas as mesmas ferramentas. Porque ferramentas novas convidam as pessoas a mudar. O desafio que está sendo vivenciado — e sempre será — não é propriamente quanto à implantação da Metodologia Ágil. Trata-se de pessoas mudando, evoluindo e se superando.

AGRADECIMENTOS:

Mariella Lacerda Teixeira Pessoa e Camilla Guiomar de Lima Arruda Schuler, Hospital de Olhos de Pernambuco (HOPE), Recife/PE.

Rafael Gonçalves Mendes, Vision One, Goiânia/GO.

REFERÊNCIAS

1. Manifesto for Agile Software Development. 2001 [Cited 2022 May 5]. Available from: <http://agilemanifesto.org>

O serviço de enfermagem como estratégia de gestão em saúde

Michel Matos^a, Lucianna Reis Novaes^b, Fabrício dos Santos Cirino^c

Resumo

A equipe de enfermagem, composta por enfermeiro, técnico e auxiliar, representa 40,6% dos profissionais em um hospital, sendo a maior força de trabalho na assistência ao paciente. O enfermeiro gestor é um dos principais atores nesse cenário, por assumir compromissos com a instituição de saúde, com o cliente/paciente e com os demais profissionais envolvidos na assistência, o que lhe impõe o desafio de adotar um estilo de gestão voltado ao cliente/paciente, centrado no comprometimento organizacional e orientado para os resultados. Há, então, uma necessidade de viabilizar estratégias de alta *performance* para o desenvolvimento de equipes de enfermagem de excelência em gestão assistencial, reposicionando o enfermeiro como gestor do cuidado. O processo de certificação por distinção do serviço de enfermagem permite a reproduzibilidade de melhorias como: a organização do trabalho profissional; o desempenho das competências do enfermeiro gestor; as relações entre os

^a 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.

^b 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.

^c 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.

microssistemas; uma maior autonomia desses profissionais; ferramentas de gestão personalizadas; e protagonismo na assistência. Portanto, mesmo instituições já acreditadas têm uma série de vantagens competitivas com a distinção da enfermagem, com agregação de valor ao cuidado e maior percepção de reconhecimento e valorização do profissional em sua atuação junto à equipe multidisciplinar, por meio de ferramentas gerenciais que contribuam com mais assertividade em suas tomadas de decisão. Além disso, o desempenho passa a ser sustentado por protocolos assistenciais, desenvolvendo um ambiente de trabalho mais favorável para que o foco seja no cuidado centrado no paciente.

Palavras-chave: Certificação de enfermagem; Gestão em Saúde; Enfermeiro gestor; Qualidade em saúde.

INTRODUÇÃO

A equipe de enfermagem, composta por enfermeiro, técnico e auxiliar, representa 40,6% dos profissionais em um hospital, sendo a maior força de trabalho na assistência ao paciente¹. Em um levantamento feito entre os anos de 2013 e 2018, o enfermeiro foi identificado como responsável pelo atendimento de 85% a 90% das demandas espontâneas da atenção primária à saúde².

Na era da informação e da interdisciplinaridade, crescem as demandas por profissionais com formação continuada e visão ampliada do cuidado, capazes de compartilhar conhecimento para fazer frente à evolução do processo de atenção à saúde³.

O enfermeiro é o profissional capaz de agir com pres-teza e eficiência, de realizar os primeiros atendimen-tos aos pacientes, de planejar, supervisionar, orientar e comandar grupos de enfermagem e de otimizar o atendimento, pois executa tanto protocolos básicos – como a triagem – quanto procedimentos mais complexos. Logo, quanto mais capacitado for o profissio-nal de enfermagem, melhores serão as chances de sucesso nos atendimentos prestados⁴.

Considerando que a equipe de enfermagem é pro-tagonista nas ações que favorecem a segurança do paciente, devido a sua participação fundamental e ininterrupta nos processos de cuidado, em especial no

ambiente hospitalar⁵, cria-se uma constante pressão social, política e econômica para que sua prestação de serviços tenha qualidade e eficiência, ao custo mais reduzido, o que representa um desafio para os gesto-res das organizações de saúde⁶.

A discussão do envolvimento dos enfermeiros no am-biente hospitalar está em ascensão, em parte porque eles têm expectativa de se envolver nas tomadas de decisão. Isso traz clara contribuição para a qualifica-ção do cuidado aos pacientes e o aumento da auto-nomia e do reconhecimento desses profissionais, pois gera mudanças organizacionais e qualificação da as-sistência e da segurança do paciente⁷.

Nesse processo de mudança, o enfermeiro gestor é uns dos principais atores, por assumir compromissos com a instituição de saúde, com o cliente/paciente e com os demais profissionais envolvidos na assistên-cia, o que lhe impõe o desafio de adotar um estilo de gestão voltado ao cliente/paciente, centrado no comprometimento organizacional e orientado para os resultados, mobilizando esforços para a qualidade assistencial. E isso implica competências e habilida-des de gestão⁶.

Assim, enfermeiros gestores devem estar habilitados técnica e científicamente para dar respostas com ri-gor, eficiência e eficácia aos desafios das organizações onde atuam. A gestão em enfermagem é uma área de intervenção com importância estratégica e primordial

para a garantia da qualidade dos cuidados a serem prestados por qualquer organização de saúde⁸.

A implantação da acreditação hospitalar é recente, em termos históricos, no Brasil, o que ainda causa reflexão sobre os benefícios da certificação de gestão da qualidade para os serviços de saúde. Nesse contexto, pesquisas são realizadas a fim de avaliar os efeitos da acreditação no desempenho e na competitividade de organizações hospitalares brasileiras⁹.

Neste sentido, é relevante destacar que os processos de acreditação propõem uma revisão geral nas instituições, por meio da análise de todos os processos e rotinas assistenciais, voltada à garantia do rigor necessário para um padrão aceitável de qualidade e segurança na prestação de todos os serviços hospitalares, tornando-se um assunto de interesse público e objeto central de muitas discussões da sociedade – o tema figura, inclusive, entre as principais preocupações dos gestores e usuários do sistema de saúde¹⁰.

A partir dessas discussões, surge uma ação que contribui grandiosamente para a manutenção/sustentação do processo de qualidade hospitalar: a certificação da enfermagem. Essa certificação tem por finalidade contribuir com estratégias de alta *performance* para o desenvolvimento de equipes de enfermagem de excelência em gestão assistencial, reposicionando o enfermeiro como gestor do cuidado. A melhoria contínua da qualidade assistencial é possível quando a estrutura gerencial do serviço de saúde empodera iniciativas de responsabilização e o desenvolvimento de práticas fundamentadas¹¹.

Alguns tópicos são fundamentais para esse empoderamento da enfermagem. A regra que pode ser considerada a primeira é manter uma atualização permanente das orientações para aquilo que mais agrupa valor a todas as partes, com uma base científica muito forte. A segunda regra é que a crítica encerra sempre algo positivo, pois leva a uma solução mais avançada, com argumentos mais robustos sobre as barreiras

implementadas, levando a oportunidades, conciliação de informações, produção de conhecimento e ação pautada em sabedoria¹². Nessa segunda regra, percebe-se que o conhecimento é a base para a construção da formação atual dos enfermeiros, compreendendo o contexto e o cenário de tempos passados na atualidade¹³.

As questões político-administrativas, e não a formação dos enfermeiros, estão entre as principais causas para a falta de envolvimento desses profissionais na tomada de decisão. Contudo, o suporte fornecido pela organização para que os enfermeiros desenvolvam seu exercício profissional também é reconhecido como um aspecto limitante para seu envolvimento na gestão, sendo este um pilar bastante desenvolvido na certificação da enfermagem⁷.

A ocorrência da pandemia de covid-19 constituiu um marco nas atividades de enfermagem, pois suscitou debates e mudanças de paradigmas, incumbindo-se de ter um caráter emblemático na formação, na percepção, no reconhecimento e na valorização dos enfermeiros em todo o mundo – protagonistas da luta pela cura e pela saúde da população em meio à crise sanitária⁴. Destacou-se, assim, a relevância da atenção primária como importante resposta do setor de saúde à pandemia, bem como a necessidade de ela ser estruturada e fortificada para tal¹⁴. E as práticas da enfermagem passaram a se voltar ainda mais para o cuidado, com o direcionamento das ações para as questões clínicas, de prevenção e de tratamento em diferentes espaços, dentro e fora do serviço especializado, por meio do cuidado com a higiene pessoal e o acolhimento devido ao isolamento dos pacientes¹⁵.

As experiências vivenciadas de 2020 para cá, por mais modernas que possam parecer, fundamentam-se nas grandes teorias da enfermagem, como a de Dorothea Orem, intitulada “Teoria do déficit do autocuidado”: quando o indivíduo não preza por seu autocuidado, como lavar as mãos, a ocorrência de síndromes respiratórias, mesmo que seja sazonal, ascende a

pandemia, caracterizada pelas altas infectividade, transmissibilidade e morbimortalidade, fazendo com que as autoridades sanitárias e a comunidade científica revejam a importância das medidas preventivas para o controle dessas doenças. Corroborando, temos a teoria ambientalista de Florence Nightingale, com seus postulados de que a limpeza do ambiente e da pessoa é uma prática habitual na saúde, vivenciada na pandemia de covid-19¹⁶.

Quando se trata de certificação, nota-se a falta de percepção do paciente em relação à melhoria contínua das instituições, o que é uma diretriz relevante para o sistema de qualidade, pois significa a validação de que todo o planejamento executado trouxe satisfação ao usuário final do serviço. Isso inclui a educação continuada proporcionada pelas organizações prestadoras de serviços de saúde a fim de estimular a melhoria contínua¹⁷.

Colocados todos os aspectos e vertentes impactados pela certificação de enfermagem, este artigo tratará de demonstrar toda a contribuição do planejamento do modelo de gestão desse time tão relevante aos serviços de saúde para a melhoria da prática assistencial.

METODOLOGIA

Neste trabalho, foi realizada uma revisão de literatura para fundamentar todos os benefícios percebidos durante os processos de certificação dos serviços de enfermagem já realizados em instituições parceiras do Instituto Qualisa de Gestão (IQG). A pesquisa foi feita nas bases científicas indexadas gratuitas, garantindo a reprodutibilidade dos achados citados neste estudo.

São melhorias encontradas após a certificação do serviço de enfermagem:

- **Organização do trabalho profissional** – ajustes de elementos organizacionais em questões de administração, gestão e gerenciamento do serviço de enfermagem¹⁸;

- **Desempenho das competências do enfermeiro gestor** – pouco depende do local em que se capacita, mas sofre grande influência da cultura organizacional e da estratégica da instituição em que ele atua⁶;
- **Relações entre os microssistemas** – após reorganização dos serviços de saúde, potencializa-se a intersetorialidade, garantindo investimentos, capacitações, tecnologias e reconhecimento, levando à melhoria na qualidade do serviço prestado, com execução mais digna e humanizada¹⁴;
- **Maior autonomia** – considerando uma política institucional que a respalde, a enfermagem constrói um alicerce para avançar nas análises e na capacidade de incrementar e humanizar o acesso à atenção à saúde, mantendo sua própria saúde mental⁴;
- **Ferramentas de gestão** – é preciso combinar teorias de cuidados de enfermagem com teorias de gestão mais amplas para obter uma cobertura completa das questões identificadas. O Modelo da Efetividade dos Cuidados de Enfermagem¹⁹ permite avaliar a contribuição dos enfermeiros nos cuidados de saúde, apresentando um conjunto de relações entre as variáveis de estrutura, processo e resultados. Também permite evidenciar o valor e a efetividade dos cuidados de enfermagem. Os domínios independentes, dependentes e interdependentes do papel de enfermagem são estudados como um elo entre as estruturas organizacionais e o paciente, bem como entre os resultados obtidos e o trabalho de equipe multidisciplinar. Um ambiente de prática saudável pode ser definido como aquele em que as políticas e os procedimentos são projetados de tal maneira que atendam aos objetivos organizacionais e tenham sucesso na satisfação pessoal no trabalho;

- **Metodologia da certificação** – não possui caráter prescritivo, portanto não traz recomendações específicas sobre ferramentas, técnicas, processos ou linhas metodológicas a serem utilizados por organizações que se submetem à avaliação. No entanto,

todas as pessoas da instituição, independentemente de atuarem em nível estratégico, tático ou operacional, precisam estar engajadas, pois são elas que irão fazer a diferença necessária para garantir a qualidade na organização e sua diferenciação no mercado¹⁷;

- **Protagonismo na assistência** – com melhor capacitação, os enfermeiros podem assumir papel central no enfrentamento dos desafios de saúde, tendo voz na formulação de políticas sanitárias, gerando maior fomento da força de trabalho, investimento nos profissionais da área e recrutamento de enfermeiros para cargos de liderança²⁰.

Considerando estes pontos de impacto, veremos agora como as instituições estão colhendo frutos a partir destas ações.

RESULTADO

A enfermagem, como qualquer profissão que almeja o *status* de ciência, requer a estruturação de seu saber por meio da pesquisa científica, de modo que se possam mapear os avanços e retrocessos em cada época com vistas a desvelar um futuro com maior visibilidade de qualidade e documentar o seu existir¹³. Para que se construa essa evolução como um marco, a certificação, por meio de seus indicadores, cria o hábito de registro, por vezes negligenciado durante a assistência e que posteriormente será de grande valia no compartilhamento de práticas líderes.

Sendo o enfermeiro o responsável pela saúde do indivíduo com qualquer enfermidade, é fundamental sua presença para nortear o enfermo e sua família no enfrentamento da doença. Na pandemia de covid-19, em que os eixos emocionais sofreram abalos, a participação do enfermeiro no auxílio para lidar melhor com todas essas mudanças intensas e abruptas foi essencial, pois se trata de um profissional que cuida e zela por seu paciente, assim como está capacitado para a gestão de estruturas e materiais, assegurando

os cuidados aos pacientes internados em sua unidade⁴. Por esse motivo, instituições já certificadas, apesar de terem sido impactadas durante a pandemia, certamente o foram menos do que instituições sem essa distinção.

Uma preocupação que deve ser eminente no processo de certificação é com a contribuição para o fortalecimento de uma cultura institucional de segurança dos processos assistenciais, com o paciente no centro do cuidado e a promoção de uma cultura de aprendizagem a partir das falhas identificadas nos processos. Isso tudo para que a segurança do paciente não seja algo tratado apenas no momento da avaliação/certificação⁵.

Um destaque notório é a relação enfermeiro-família, no sentido de uma compreensão empática, conduzida pela forma de relacionamento e de comunicação para a construção de uma relação profissional a partir da internação²¹.

Para a comprovação de que todo o planejamento realizado está sendo executado, as lideranças de enfermagem devem estar intrinsecamente envolvidas nos processos de auditoria para a tomada de decisão, pois esta é uma ferramenta bastante viável para mensurar a qualidade da assistência de enfermagem, cuja principal ferramenta de análise é o prontuário. Além disso, também tem papel relevante na gestão em saúde favorecer a redução de glosas e o aumento do faturamento hospitalar, uma vez que, quando a assistência ao paciente é de má qualidade, os custos da internação aumentam²². O controle dessas ações pode conferir competitividade às organizações privadas e maior reconhecimento e credibilidade às instituições públicas⁹.

Compreendendo que as instituições certificadas ainda são muito poucas no universo total de serviços de saúde, a promoção da certificação por distinção poderia colocar as instituições em condições de acompanhar e monitorar seus indicadores, proporcionando

uma análise comparativa em relação às outras instituições e mantendo a qualidade na busca de melhoria contínua¹⁷.

Outros resultados percebidos poderão ser explorados posteriormente, tais como: a perspectiva dos pacientes com relação à qualidade e à satisfação; os resultados financeiros advindos da certificação, considerando o investimento inicial para aderir ao processo de certificação e o retorno que a gestão eficiente de recursos pode trazer para a instituição¹⁸.

DISCUSSÃO

A certificação de serviços de enfermagem tem como foco reposicionar o profissional de enfermagem, inserindo-o dentro da estratégia de alto desempenho para a excelência nos cuidados de gestão. Projetada em fases, a certificação considera a maturidade do grupo, apoia as instituições na autoconsciência e avança no desenvolvimento sustentável, promovendo competitividade de mercado.

O que deve ser considerado na certificação de enfermagem é a condição de equilíbrio entre as diferentes responsabilidades do gestor, pois há relatos de que as atividades inerentes às competências práticas, éticas e legais, somadas à gestão do cuidado e dos recursos humanos, acabam por consumir mais tempo do gestor do que assessorias e desenvolvimento profissional. Considerando que o tempo não é um recurso reposto, não se deve burocratizar o serviço em detrimento da organização e do planejamento do trabalho, sob o risco de interferir em tarefas que devem ser desempenhadas²³.

Diante de uma distinção do serviço de enfermagem, a equipe acaba tendo uma amplitude de atuação, desde atribuições reducionistas de seu saber, como cuidados com a higiene e conferência de medicações, até atuar em uma equipe multidisciplinar, contribuindo com seu conhecimento técnico e auxiliando os demais

profissionais na construção de estratégias que integrem a assistência¹⁵.

Atuar de forma organizada e seguindo protocolos faz parte do processo de certificação, porém essa ação não automatiza o atendimento, pois, ao gerir melhor o tempo, contribui para a humanização do cuidado profissional, de forma a construir relações mais empáticas e de confiança com os pacientes²¹.

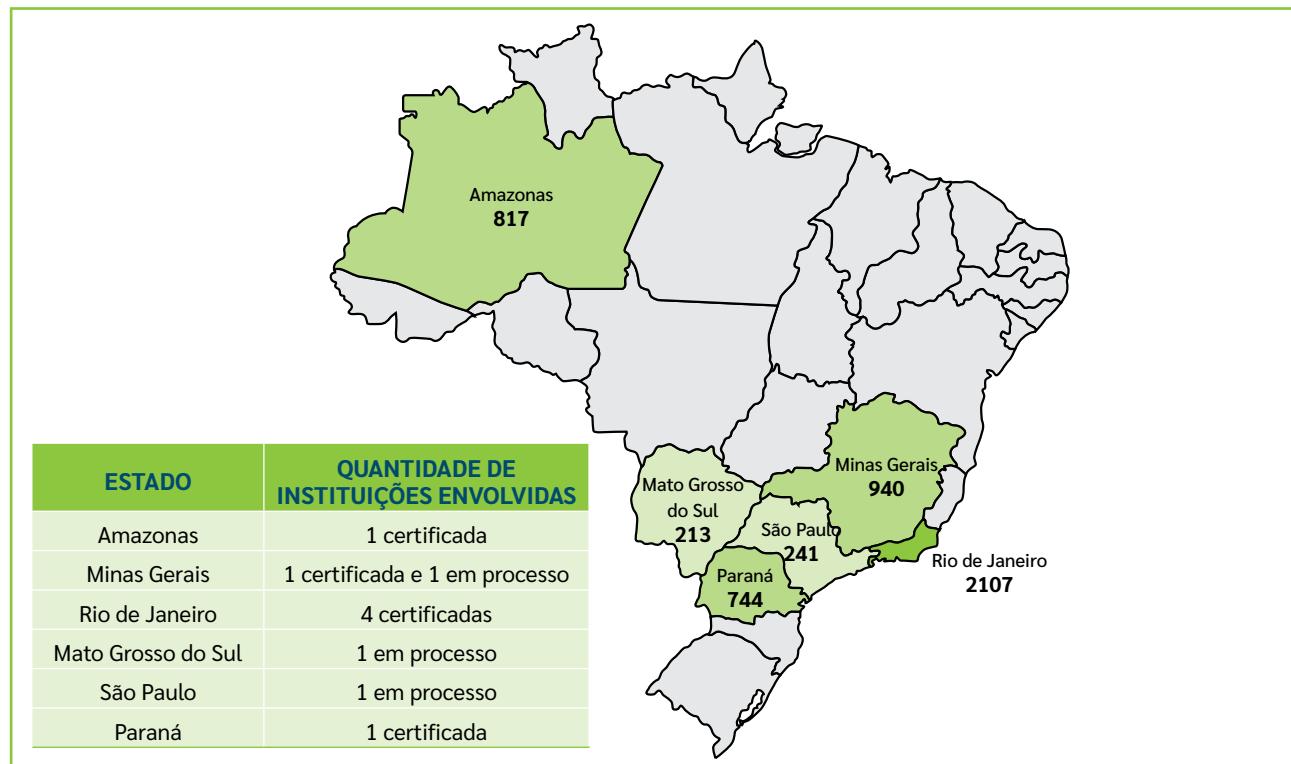
O cuidado integrado possibilita observar o avanço da atuação do enfermeiro e a ampliação do acesso ao serviço de saúde, dado que, com o uso dos protocolos auxiliando a tomada de decisão com foco na segurança do paciente, há um respaldo ao profissional fundamentado pelos princípios éticos da profissão. Identifica-se também que a implementação dos protocolos de enfermagem contribui para a produção de conhecimento pelos gestores².

Uma atuação pautada nos protocolos colabora para a apresentação de resultados animadores voltados à prática clínica do enfermeiro, realçando o impacto por meio dos indicadores de saúde. Isso tem sido positivo para a quebra da cadeia de ocorrência de inúmeros agravos à saúde na atenção primária².

Pode-se, ainda, identificar uma série de situações que refletem a organização da assistência de enfermagem. Como os enfermeiros acompanham diariamente os pacientes e familiares durante a internação hospitalar, estabelecendo uma comunicação e um cuidado mais assertivos, a tomada de decisão torna-se mais efetiva. Mas o envolvimento dos enfermeiros na tomada de decisão precisa estar alicerçado pela cultura organizacional, elevando a satisfação com seu trabalho e impactando diretamente o indicador de rotatividade, grande vilão da capacitação da força de trabalho para a prestação do cuidado⁷.

Atualmente, mais de cinco mil profissionais de enfermagem são impactados pela certificação de distinção do serviço de enfermagem em todo o Brasil, como demonstra o Gráfico 1.

Gráfico 1 – Distribuição de profissionais de enfermagem participantes dos processos de certificação nos estados brasileiros, segundo o Instituto Qualisa de Gestão (IQG). Dados de maio de 2022.



Considerando a grande concorrência existente no mercado de saúde, a certificação torna-se uma excelente ferramenta de *marketing*, uma vez que médicos, administradores e representantes de planos de saúde valorizam mais hospitais e serviços com tais certificações de distinção⁹. Essa valorização se dá principalmente porque a melhoria contínua da qualidade nas instituições hospitalares tem sido suportada pelos processos de certificação, constituindo-se como uma importante ferramenta para melhor gestão de processos, aumento da segurança dos pacientes, desenvolvimento dos profissionais e desenvolvimento da imagem pública dos hospitais, quando certificados¹⁰.

Uma instituição com maior tempo de participação nos processos atinge maturidade em termos de análise crítica dos indicadores e otimiza a busca por sentido de unidade. Em contrapartida, investigações conduzidas de forma fragmentada, sem demonstrar o modelo

integrado, acabam por demonstrar resultados que não se concretizam em sólidas realizações¹². Daí a necessidade de buscar a associação sistematizada entre os indicadores gerenciados, para que as decisões possam levar à construção de ciclos de melhorias.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podemos finalizar este levantamento de dados afirmando que a certificação por distinção do serviço de enfermagem, mesmo em instituições já acreditadas, determina uma série de vantagens competitivas no cenário atual. Agregando valor ao cuidado, as organizações sofrem menor impacto do aquecimento do mercado de trabalho, que tem gerado elevados índices de rotatividade nas instituições e acaba por dificultar a reposição com pessoas capacitadas e que atendam as suas necessidades.

Atualmente, um serviço em que o profissional de enfermagem se sinta reconhecido e valorizado em sua atuação junto à equipe multidisciplinar, possua ferramentas gerenciais que contribuam para a assertividade em

suas tomadas de decisão e consiga ter um desempenho sustentado por protocolos assistenciais certamente proporciona um ambiente de trabalho mais favorável para que o foco seja no cuidado centrado no paciente.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho DS, Souza CEA, Souza GH. A força de trabalho e a relação de profissionais por leito dos hospitais públicos no município de Fortaleza. *Rev. gest. sist. Saúde* [Internet]. 2021 [Cited 2022 May 18];10(2):157-179. <https://doi.org/10.5585/rgss.v10i2.18473>.
2. Báfica ACMF, Gomes AMB, Siqueira EF, Souza JM, Paese F, Belaver GM et al. Atenção primária à saúde abrangente: ampliando acesso para uma enfermagem forte e resolutiva. *Enferm. Foco* [Internet]. 2021 [Cited 2022 May 18];12(7 Supl. 1):61-66. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/e/biblio-1337560>.
3. Jaggi LMDA, Canabarro ST, Rabin EG, Caregnato RCA. Gestão estratégica promovendo a integração ensino e serviço: implantação de Residência Multiprofissional em Onco-Hematologia. *Interface* [Internet]. 2018 [Cited 2022 May 18];22(66). <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0906>.
4. Araújo AS. A importância do enfermeiro no enfrentamento da Covid-19 e o legado da campanha Nursing Now neste cenário pandémico. *Res., Soc. Dev.* [Internet]. 2022 [Cited 22 May 18];11(5): e15311527688. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i5.27688>.
5. Oliveira JLKD, Cervilheri AH, Haddad MDCL, Magalhães AMMD, Ribeiro MRR, Matsuda LM. Interface entre acreditação e segurança do paciente: perspectivas da equipe de enfermagem. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2020 [Cited 2022 May 18];54:e03604. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018053703604>.
6. Freitas CGM. Gestão em enfermagem: O perfil de competências [Masters dissertation]. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto; 2018.
7. Menegon FHA, Santos JLG, Gonçalves N, Vargas MAO, Klock P, Amestoy SC. Envolvimento do enfermeiro na tomada de decisão no ambiente hospitalar: revisão integrativa da literatura/Nurse involvement in decision making in the hospital environment: integrative literature review. *J. nurs. Health* [Internet]. 2022 [Cited 2022 May 18];12(1). Available from: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/21653/14115>.
8. Ribeiro MRS. Práticas de liderança em enfermagem na região dos Açores: Self dos enfermeiros gestores [Masters dissertation]. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto; 2019
9. Ramos GIS. (2018). Discussão da Acreditação Como Elemento Catalisador do Desempenho e Competitividade no Setor Hospitalar. *Rev. Paraense Contab.* [Internet]. 2018 [Cited 2022 May 18];3(2):19-25. Available from: <https://crcpa.org.br/revistaparaense/index.php/crcpa/article/view/31>.
10. Santos WS, Fiates GGS, Rocha RA. Qualidade de Serviços Hospitalares sob a Perspectiva dos Processos de Acreditação. *RAHIS* [Internet]. 2019 [Cited 2022 May 18];16(1):82-97. <https://doi.org/10.21450/rahis.v16i1.5670>.
11. Instituto Qualisa de Gestão (IQG). Certificação de serviços de enfermagem. São Paulo; 2022.
12. Rodrigues MA. Modelo Cross-cutting para a gestão de atividades I&D e inovação: no caminho da moderna investigação em enfermagem. *Rev. Enferm. Refer.* [Internet]. 2018 [Cited 2022 May 18];4(18):141-152. Available from: <https://www.redalyc.org/journal/3882/388257566026/html/>.
13. Dantas CC, Dantas FC. Revistas de História da Enfermagem: Análise de publicações e perspectivas futuras para a sua consolidação. *Temperamentvm* [Internet]. 2019 [Cited 2022 May 18];15:e12248. Available from: <http://ciberindex.com/index.php/t/article/view/e12248/e12248>.
14. Alves ACAP., Barbosa JF, D'Amato TRL, Gonçalves SJC. Atuação do enfermeiro da rede primária em saúde diante do isolamento domiciliar em tempo de Covid-19. *Rev. Pró-UniverSUS* [Internet]. 2020 [Cited 2022 May 18];11(2):97-101. <https://doi.org/10.21727/rpu.v11i2.2481>.
15. Santos EOD, Eslabão AD, Kantorski LP, Pinho LBD. Práticas de enfermagem no centro de atenção psicossocial. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2020 [Cited 2022 May 18];73(1):e20180175. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0175>.
16. Almeida IJSD, Lúcio PDS, Nascimento MFD, Coura AS. Pandemia pelo coronavírus à luz de teorias de enfermagem. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2020 [Cited 2022 May 18];73(Suppl. 2):e20200538. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0538>.
17. Alves CDO, Gomes EC, Santos WJ. Impactos da acreditação hospitalar e as dificuldades para manter a qualidade nas

- instituições acreditadas. *Rev. Cient. Gestão Hospitalar*. 2019;1(1):49-59.
18. Santos GLA, Sousa ARD, Félix NDDC, Cavalcante LB, Valadares GV. Implicações da Sistematização da Assistência de Enfermagem na prática profissional brasileira. *Rev. Esc. Enferm. USP* [Internet]. 2021 [Cited 2022 May 18];55: e03766. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020023003766>.
19. Doran DI, Sidani S, Keatings M, Doidge D. An empirical test of the nursing role effectiveness model. *J Adv Nurs* [Internet]. 2002 [Cited 2022 May 18];38(1):29-39. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02143.x>.
20. Conselho Federal de Enfermagem (BR). *Nursing Now*. 2019 [Cited 2022 May 18]. Available from: <http://nursingnowbrasil.com.br/noticias/campanha-nursing-now/>.
21. Duque-Ortiz C, Arias-Valencia MM. Relação enfermeiro-família em unidade de terapia intensiva. Em direção a uma compreensão empática. *Rev. Cienc. Salud (Bogotá)* [Internet]. 2021 [Cited 2022 May 18];19(1):124-143. Available from: <https://search.bvsalud.org/gim/resource/en/biblio-1289171>.
22. Furukawa MSA, Pitanga FSM, Miranda MKV, Souza AC. Auditoria de enfermagem e tomada de decisão no controle da qualidade da assistência. *RIES* [Internet]. 2018 [Cited 2022 May 18];1(3):214-220. <https://doi.org/10.17058/rips.v1i3.12790>.
23. Alferes LPSP, Martins MMFPS, Santos MR, Teixeira MJR, Poeira AFS, Pires RMF et al. Nurse managers in mental health units: from activities to time management. *Rev Rene* [Internet]. 2022 [Cited 2022 May 18];23:e71282. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20222371282>.

Sistematização do processo de agendamento de doação de sangue: evitando aglomerações em tempos de pandemia e controlando o estoque

Verena Isabelle Coelho^a

Resumo

Segundo dados do Ministério da Saúde, em 2019 foram coletadas menos bolsas de sangue do que em 2016, mesmo com um aumento na quantidade de transfusões realizadas e com 1,6% da população brasileira sendo doadora constante, índice acima do preconizado pela Organização Mundial de Saúde para níveis seguros de estoque. O objetivo desta pesquisa foi demonstrar a eficiência operacional e a satisfação do doador após a melhoria do fluxo de acolhimento e atendimento dos doadores em um hemocentro no município de São Paulo, com a proposta de agendamento da coleta de sangue com dias e horários específicos, conforme a necessidade do estoque de bolsas de sangue, a fim de otimizar os processos de coleta e evitar aglomerações nas unidades durante a pandemia de covid-19. Após a implementação dessa nova prática, a satisfação dos doadores ficou acima de 95%, segundo pesquisa da instituição, e o descarte de bolsas de

^a Graduação em Administração pelo Centro Universitário Armando Alvares Penteado - FAAP; MBA em Gerenciamento de Projetos pela Fundação Getulio Vargas - FGV; MBA em Business Administration pela Universidade Presbiteriana Mackenzie; mestrado em Business pela University of Pittsburgh; controller/diretoria no Hemocentro Transfusão; São Paulo/SP.

hemácia foi reduzido de 14,3% para 1,2%, em média, elevando o nível de eficiência operacional para esse insumo tão valioso. Concluiu-se que a nova organização do agendamento de coleta aumentou a satisfação dos doadores e gerou diminuição extremamente positiva no descarte de bolsas de hemácia por perda da validade, devido à melhor gestão do estoque com agendamento por tipagem sanguínea em dias específicos da semana para a manutenção das reservas. A logística de recrutamento e agendamento propiciou também menor aglomeração dos doadores, o que diminuiu o risco de exposição em períodos pandêmicos.

Palavras-chave: Hemoterapia; Gestão de acesso; Eficiência operacional; Coleta de sangue.

INTRODUÇÃO

O Brasil contava, até 2020, com 32 hemocentros e cerca de 500 serviços de hemoterapia para coleta, recebimento e armazenamento de sangue e respektivos hemocomponentes, cujo consumo é diário, contínuo e vital para a saúde da população. Existem no país cerca de 3,3 milhões de pessoas doadoras de sangue, e isso significa que apenas 16 em cada mil pessoas doam sangue regularmente¹. Segundo dados do Ministério da Saúde, em 2019 foram coletadas menos bolsas de sangue do que em 2016, mesmo com um aumento na quantidade de transfusões realizadas. Embora seja feito um constante trabalho para aumentar esse índice, atualmente 1,6% da população brasileira é doadora constante – ainda assim, acima do 1% determinado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como nível seguro para os estoques².

O histórico e os números publicados pelo Ministério da Saúde mostram a necessidade de ampliar os esforços para abastecer os estoques de sangue e a rede pública de saúde, pois manter esses estoques estáveis tem sido um grande desafio diário, devido a contextos regionais. Em decorrência da pandemia de covid-19, que tem assolado o país desde o início de 2020, por exemplo, muitos doadores deixaram de doar por receio de se exporem. Daí a importância de estudos como este, para que, cada vez mais, sistemas eficientes de agendamento de coleta garantam

a segurança e o atendimento humanizado dos doadores voluntários de sangue, dando novas oportunidades de vida a quem precisa.

Este estudo foi motivado pelo interesse de compreender a situação organizacional do Hemocentro e levantar o volume de reclamações de doadores por esperarem em fila para conseguirem doar sangue, contribuindo para a manutenção de estoque da empresa. Outro aspecto relevante foi entender o grau de motivação ou desmotivação dos colaboradores devido ao volume de trabalho em um único período (matutino), pois todos os doadores chegavam ao mesmo tempo para pegarem senha, passarem pela triagem e serem organizados para a coleta, por vezes acarretando o descarte de bolsas de sangue não utilizadas por excesso de estoque e que acabam vencendo.

Este trabalho de pesquisa propôs uma investigação – integrando todas as áreas envolvidas no processo: recepção, recrutamento, coleta, laboratório/fracionamento e controladoria/financeiro – sobre a possibilidade de implantar um processo de agendamento dos doadores para dias e horários específicos, a fim de que eles se sentissem mais bem acolhidos e satisfeitos com a qualidade e rapidez no atendimento, bem como para o controle diário de estoque, otimizando e tornando mais eficiente a gestão de um insumo tão precioso.

Portanto, o objetivo desta pesquisa foi demonstrar a eficiência operacional e a satisfação do doador após a adoção de um melhor fluxo de acolhimento e atendimento dos doadores do Hemocentro, com uma proposta de agendamento da coleta de sangue para dias e horários específicos, conforme a necessidade do estoque de bolsas de sangue, a fim de otimizar os processos de coleta e evitar aglomerações nas unidades em período pandêmico.

METODOLOGIA

Foram realizadas coleta e análise de dados de fontes primárias, por meio do sistema operacional da instituição, observando o fluxo diário de doadores e pessoal de atendimento, bem como o fluxo completo do processo. A instituição que serviu de base para o desenvolvimento deste estudo é o Hemocentro, que presta serviços de hematologia e hematoterapia no município de São Paulo há 26 anos.

O estudo foi realizado nessa instituição pelo fato de ela já ser certificada por seu modelo de gestão da qualidade, operando com total qualidade e segurança em captação de doadores de sangue para coleta, produção de hemocomponentes, controle imuno-hematológico e sorológico, instalações de agências transfusionais e serviços de coleta em centros hospitalares, sempre colocando o doador como prioridade em seu atendimento.

A etapa inicial foi de diagnóstico, produzido por meio de uma pesquisa qualitativa observacional identificando a situação em que se encontrava todo o processo de organização do serviço nas doações, associada à necessidade de distanciamento social durante a pandemia de covid-19. A observação é um elemento fundamental da pesquisa, sendo considerada como um método de investigação baseado em fatos percebidos diretamente, sem qualquer intermediação.

O tipo de observação adotado foi participante, ou seja, um método simples e informal, contando com o

envolvimento da pesquisadora nas ações observadas no contexto profissional real, incluindo sua participação nas atividades do público-alvo investigado, como um de seus membros, porém, por parte da empresa³. Classifica-se a observação também como assistemática e não estruturada, por não seguir um roteiro e por se ater tão somente a observar e registrar⁴.

Podemos classificar essa metodologia como natural, pois a observadora pertence à mesma comunidade ou grupo que investiga – mesmo que a pesquisadora não trabalhe diretamente no setor de coleta, acaba por receber todo o fluxo de informação inerente ao processo, o que facilita a investigação³.

Como a observação envolve percepção, e não interpretação, a análise fundamenta-se no que foi observado de fato: a rotina dos doadores de sangue, que se voluntariam a ir até o Hemocentro e passam por alguns contratempos, que acabam se tornando motivo de insatisfação, reclamação e possível desistência de fazer a doação.

A partir dos achados nesse processo observacional, foi estudada e proposta uma mudança no modelo de atendimento, incluindo o agendamento dos doadores por tipagem sanguínea em dias específicos da semana, a fim de otimizar o processo e organizar os horários e o número diário de coletas de sangue. Essa ação só foi possível pelo elevado número de doadores de repetição cadastrados no sistema do Hemocentro, demonstrando fidelização desses parceiros.

RESULTADOS

Inicialmente observando uma série histórica recente da forma do recrutamento de doadores, coleta de sangue e colaboradores, a pesquisadora recebeu uma grande quantidade de reclamações por parte dos doadores devido ao tempo de espera para poderem executar a doação, além de outras queixas. Com isso, percebeu o panorama do processo de coleta de sangue

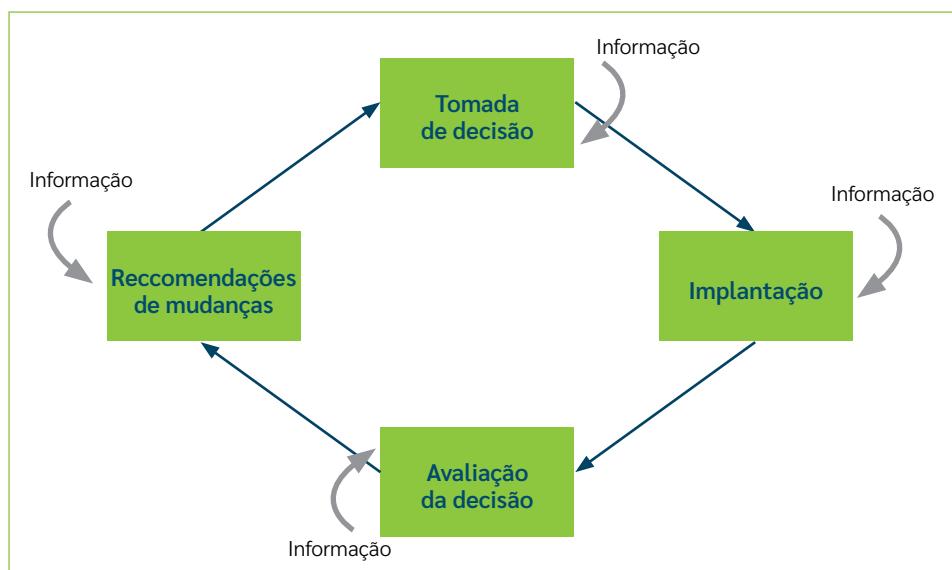
do Hemocentro, entendendo que, com a obtenção de informações precisas por meio da observação dos processos e da análise de toda a situação, algo deveria ser melhorado em prol das partes envolvidas, contemplando tanto a satisfação dos doadores quanto a dos colaboradores da empresa.

Para tanto, foi necessária a tomada de decisão baseada nos dados obtidos pela observação. Por “decisão”,

entende-se escolha entre alternativas, obedecendo a critérios previamente estabelecidos, em uma atividade organizacional⁵.

Fundamentando-se em teoria clássica para a tomada de decisão⁵, empregou-se o ciclo demonstrado na Figura 1, com o entendimento de que a informação confiável e pontual advinda de um plano de ação dá sustentação à efetividade de uma nova prática.

Figura 1 – Ciclo básico para uma tomada de decisão assertiva



Fonte: Cassarro, 1995.

A administração desse processo de tomada de decisão envolve fases significativas, elencadas a seguir como ações sequenciais vinculadas a cada um dos pilares ou fases.

- **Planejamento:** estruturação de reuniões de informação, diagnóstico, prognóstico e soluções alternativas.
- **Organização:** definição das atividades a serem realizadas, agrupando-as e associando-as aos grupos executores.
- **Direção:** delegação de autoridade e atribuição de responsabilidades relativas às tarefas, motivando e engajando os participantes.

- **Controle:** desenvolvimento de instrumentos que permitam saber em qual ponto do processo se está a cada momento; desenvolvimento de padrões que permitam saber onde se deseja estar em cada momento; comparação do desempenho atual com os padrões; definição de ações corretivas.

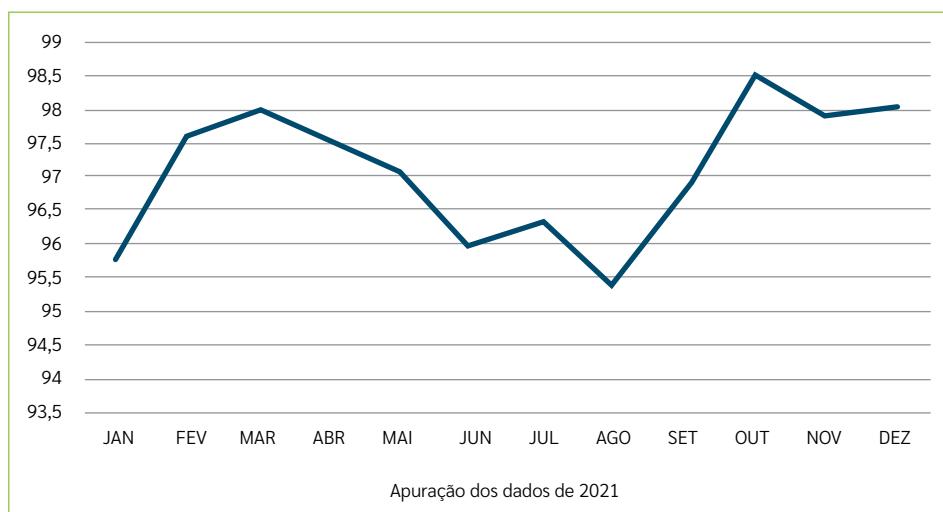
Quando, após o processo observacional, chegou-se à tomada de decisão, foi possível mudar o cenário anterior – que envolvia filas com longas esperas por parte dos doadores, gerando desperdício de tempo, descontentamento e irritação, e resultava em números sazonais de doadores, causando desperdícios de bolsas por

vencimento. A decisão foi por um padrão de agendamento, algo inovador para o setor.

Atuar em uma frente que trazia impacto negativo constante ao serviço foi desafiador, porém acarretou resultados bastante significativos. Vale destacar aqui a satisfação do doador e a severa diminuição de perdas

de bolsas de hemácias por vencimento do prazo de validade. Como mostra o Gráfico 1, a meta de 95% de doadores satisfeitos (identificada pela linha vermelha), estabelecida por esta pesquisa, foi atingida em todos os meses de 2021, período em que já havia sido implementada a sistemática de agendamento dos doadores.

Gráfico 1 – Porcentagem de doadores satisfeitos com a organização do serviço por meio de agendamento no período de janeiro a dezembro de 2021.

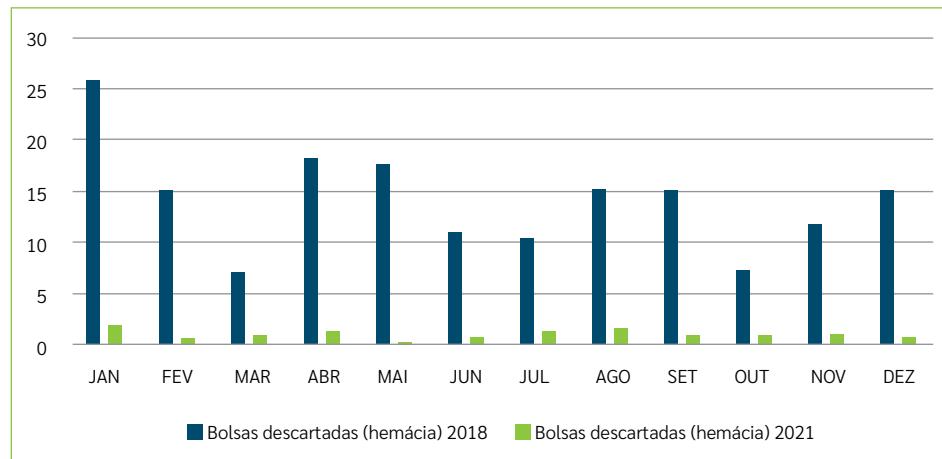


Com relação ao descarte de bolsas de hemácias, principal produto impactado pela nova organização no serviço, os indicadores demonstram resultado ainda melhor. Considerando os dados disponíveis: a média de descartes em 2018 era de 14,3% das bolsas de hemácias coletadas, um enorme desperdício causado pela falta de planejamento na aquisição desse insumo; depois da implementação do agendamento e gerenciamento do processo de doação, a média anual em 2021 foi de apenas 1,2% de descarte por

vencimento. O acompanhamento dos meses de 2021 e a comparação com os dados de 2018 podem ser visualizados no Gráfico 2.

Esses foram os dois pontos que sofreram impacto mais significativo com a nova forma de trabalho, mas também houve percepção de melhora na organização do serviço referente à própria mão de obra: com a maior previsibilidade das tarefas a serem executadas durante o dia de trabalho, a produtividade dos colaboradores aumentou.

Gráfico 2 – Comparação da porcentagem do número de bolsas descartadas de hemácias por vencimento entre janeiro e dezembro de 2018 e entre janeiro e dezembro de 2021.



DISCUSSÃO

Diferentemente do que acontecia no passado na Europa, a transfusão de sangue no Brasil era realizada com remuneração, ou seja, os doadores eram pagos para que seu sangue fosse doado. Em 1964, o Ministério da Saúde criou a Comissão Nacional de Hemoterapia, que, por sua vez, instituiu a Política Nacional de Sangue, que incentivava a doação de sangue com atestado para um dia de folga no trabalho (o que existe até hoje). Em 1980, com a criação do Programa Nacional de Sangue e Hemocomponentes (Pró-Sangue), deu-se início à regularização da hemoterapia no Brasil, com a instituição dos Centros de Hematologia e Hemoterapia (hemocentros).

Mesmo com essa evolução, a doação de sangue ainda é um problema de interesse mundial, pois não existe substância que o substitua. Sendo assim, os hemocentros brasileiros fazem inúmeras campanhas para captação de doadores e veiculam anúncios nos meios de comunicação, tentando sensibilizar a população e incentivar a doação voluntária para poder manter seus estoques de sangue abastecidos e atender emergências.

No caso do Hemocentro, não é identificada falta de doadores. Além do extenso cadastro de doadores de repetição, os voluntários faziam fila desde as 6 horas da manhã, mesmo que a coleta seja realizada a partir das 9 horas. Por isso a ação do agendamento foi tão positiva, já que os doadores passaram a ser atendidos com hora marcada.

Essa forma de trabalho tem total relação com o conceito de satisfação do doador, pois a primeira forma de tentativa de organização foi para diminuir os descartes, limitando o número de doações diárias; contudo, alguns doadores passaram a aguardar na fila sem lograr êxito quando a meta de doações do dia era atingida. Dessa forma, foi obtida uma redução do descarte, mas deixando o doador insatisfeito quando era preterido por excesso de doadores.

O *marketing* eletrônico e as redes sociais ajudam muito no recrutamento de doadores. Aproveitando os novos recursos de divulgação, promoção e publicidade, bem como a facilitação e a viabilização da prestação de serviços pelo advento da tecnologia de comunicação de dados via internet⁶, o Hemocentro consegue intensificar os cadastros. A influência da mídia para o agendamento de doação depende, efetivamente, do grau de exposição da informação e,

mais do que isso, do tipo de mídia, de sua relevância e do interesse da audiência no tema⁷. Esse é um pilar importante da cultura local, pois, além de usar todas as mídias disponíveis, o doador do Hemocentro tem consciência da importância do ato de doação. E, para quem trabalha com a mídia a seu favor, o principal ganho qualitativo é a fidelização do doador, que busca criar um relacionamento⁸.

Apesar de não ser o escopo deste trabalho, não se pode deixar de considerar que a comunicação digital mantém a instituição em contato com qualquer indivíduo, mútua e reciprocamente, tornando a velocidade da informação rápida, ágil e instantânea, além de baratear custos⁹. Além disso, a facilidade de uso e maior acessibilidade das diferentes ferramentas de comunicação – como o WhatsApp – geraram maior adesão dos doadores¹⁰.

A adesão dos doadores do Hemocentro se solidificou com as novas ações de comunicação, pois eles

passaram a se sentir mais participativos no processo. Isso merece atenção porque as instituições, de qualquer setor, que desejam construir uma relação com seus doadores devem usar as redes sociais – atendendo todas as regras legais que lhes são impostas, mas nunca perdendo a oportunidade de inovar e diferenciar seus serviços no mercado¹¹.

CONCLUSÃO

A nova organização de agendamento dos doadores permitiu uma maior satisfação dos doadores, além de diminuir o descarte de bolsas de hemácias por perda da validade devido à melhor gestão do estoque, com agendamento por tipagem sanguínea em dias específicos da semana para a manutenção das reservas. A logística de recrutamento e agendamento também propiciou uma menor aglomeração dos doadores no espaço físico, o que diminui o risco de exposição em períodos pandêmicos.

REFERÊNCIAS

1. Cassiano B. Salve vidas, torne-se doador de sangue regular. Agência Saúde, Ministério da Saúde. 2019 Nov 22 [Cited 2021 Oct. 19]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/salve-vidas-torne-se-doador-de-sangue-regular>.
2. Cassiano B. Brasil consegue ampliar transfusões de sangue, mas coleta diminui. Agência Saúde, Ministério da Saúde. 2020 Jun. 12 [Cited 2021 Oct. 19]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/brasil-consegue-ampliar-transfusoes-de-sangue-mas-coleta-diminui>.
3. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5. ed. São Paulo: Atlas; 1999.
4. Marconi MA, Lakatos EM. Técnicas de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas; 1999.
5. Cassarro, A. Sistemas de informações para tomada de decisões. São Paulo: Pioneira; 1995.
6. Venetianer T. Como vender seu peixe na Internet: um guia prático de marketing e comércio eletrônicos. 4. ed. Rio de Janeiro: Campus; 2000.
7. Hohlfeldt A, Martino LC, França VV (Org.). Teorias da comunicação: conceitos, escolas e tendências. 5. ed. Petrópolis: Vozes; 2005.
8. Costa CF, Rambo DA, Medeiros IBO, Corso KB, Lobler ML. A tecnologia estreitando o relacionamento com cliente: um estudo de caso em organizações virtuais. In: Anais do III SEGeT – Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia; 2006; Resende, Rio de Janeiro. Available from: https://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos06/715_Artigo%20Tecnologia%20na%20Internet.pdf.
9. Kohn KK, Moraes CHM. O impacto das novas tecnologias na sociedade: conceitos e características da Sociedade da Informação e da Sociedade Digital. In: Anais do XXX Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação; 2007 Aug 9 to Sept 2; Santos, São Paulo. São Paulo: Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação; 2007 [Cited 2019 May 25]. Available from:

<https://www.intercom.org.br/papers/nacionais/2007/resumos/R1533-1.pdf>.

10. Sollitto A. O WhatsApp como ferramenta de comunicação. São Paulo: Associação Brasileira de Comunicação Empresarial; 2016 [Cited 2019 May 25]. Available from: <http://www.aberje.com.br/revista/o-whatsapp-como-ferramenta-de-comunicacao/>.

11. Simão A, Abdo C, Nogueira T, Soares M, Macedo M. Gestão de crise nas redes sociais: como podem as organizações gerir crises no mundo digital. In: Anais do IX Congresso Comunicação e Transformações Sociais; Comunicação e Transformações Sociais (vol. 2); Coimbra; 2015. Coimbra: Associação Portuguesa das Ciências da Comunicação; 2015 [Cited 2019 May 25]. Available from: <http://www.bocc.ubi.pt/pag/sopcom/2-ix-congresso.pdf>.



Gestão multiprofissional de um centro de tratamento de queimaduras

Sandra Almeida^a

Resumo

Com base nos conceitos mais atualizados de saúde e doença, bem como no cuidado holístico que atenda ao paciente em suas necessidades físicas, psíquicas e sociais, o Centro de Tratamento de Queimaduras da Irmandade de Misericórdia de Campinas, no interior de São Paulo, adotou uma abordagem multiprofissional de gestão em saúde. Este artigo teve o objetivo de relatar a experiência da gestão multiprofissional na instituição, que inclui uma Reunião Clínica Multiprofissional semanal para discussão de todos os casos pelos profissionais das diversas áreas implicadas no serviço – médicos, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas, farmacêuticos clínicos, fonoaudiólogos, psicólogos e nutricionistas. Por meio do cruzamento de dados, a prática permite que a equipe considere todos os fatores de risco envolvidos nos casos de queimadura, uma condição que muitas vezes gera traumas nos pacientes, possibilitando uma seleção mais assertiva para acompanhamento pós-alta. Além disso, a gestão multiprofissional contempla também a saúde mental da equipe, cuja interação com os pacientes pode gerar

^a Graduação em Psicologia, com especialização em Psicologia Hospitalar, Psico-Hematologia Pediátrica e Psicanálise pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC Campinas); coordenadora da equipe multiprofissional da Irmandade de Misericórdia de Campinas, Campinas/SP.

impactos dentro e fora do ambiente de trabalho. Com isso, foi possível aumentar a qualidade do cuidado, a segurança do paciente e o bem-estar dos profissionais.

Palavras-chave: Gestão multiprofissional em saúde; Equipe multiprofissional de saúde; Queimaduras.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS), baseada nos avanços ocorridos na maneira de pensar sobre saúde e doença, ampliou em 1947 o conceito de saúde, contextualizando-o em uma complexidade maior de conhecimentos: “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade”. Mais adiante, incluiu o aspecto do bem-estar espiritual a esse conceito¹. Quando consideramos a multiplicidade de aspectos de um sujeito adoecido e hospitalizado, vemos considerável avanço nessa definição acima, na amplitude de cuidados e, consequentemente, na gama maior de profissionais que passam a atuar nesse processo.

Contudo, se atualmente aplicássemos tão somente esses recortes à gestão de uma equipe multiprofissional, ela seria irreal, ultrapassada e unilateral, capturada em um zigue-zague de saberes e buscando uma condição idealizada de saúde, nunca atingida: “um completo bem-estar”. Essa definição foi questionada por ser considerada ultrapassada, discutindo-se, então, a validade da distinção entre soma, psique e sociedade, sob o conceito de homem integrado, registrando situações em que a interação entre os três aspectos citados é absolutamente cristalina¹. Avanços nessas reflexões acrescentaram, ainda, a compreensão do que vem a ser de fato qualidade de vida, sob um vértice antipositivista que reverte uma definição de saúde embasada em avaliações externas, objetivas e padronizadas para um movimento extremamente

ético, saudável e flexível em relação às diferenças, no “um a um”, no “vir a ser” ouvido e no cuidado.

Colocadas essas posições, faz-se necessário ressaltar que a nova organização multiprofissional em uma instituição de saúde sai de um modelo ultrapassado – centrado no médico que cura doenças – para adotar um modelo que cuida do sujeito adoecido. Esse cuidado inclui diferentes categorias profissionais, cada uma com seu conhecimento, suas habilidades técnicas e seus olhares distintos.

Porém, essas áreas de saber não são um aglomerado de ofícios diversos, conversando apenas com sua área de *expertise* e compartimentando o sujeito. Ao contrário, o movimento é de articulação e de diálogo, posicionando e reposicionando compreensões, estratégias e atuações na busca da melhor qualidade de vida para cada paciente, com respeito ético a suas escolhas, seus desejos e seus percursos.

Essa é a base que fundamenta a gestão no Centro de Tratamento de Queimaduras da Irmandade de Misericórdia de Campinas, no município de Campinas, São Paulo, desde o início de suas atividades, com uma equipe formada por profissionais de oito diferentes áreas relacionadas à saúde: médicos, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas, farmacêuticos clínicos, fonoaudiólogos, psicólogos e nutricionistas. O conceito multiprofissional norteia os pressupostos para a definição adequada das identidades profissionais essenciais, em um processo de seleção competente e atento aos conceitos que guiam a missão desse trabalho. Esse enfoque integra, por meio da construção coletiva de um saber mais amplo e próprio de uma

equipe multiprofissional, a discussão da possibilidade de articular a atuação dos diversos profissionais da saúde, de modo a superar a fragmentação resultante da compartmentalização do conhecimento em disciplinas estanques².

Assim se justifica que, para a formação de equipes multiprofissionais de saúde, haja a necessidade de uma adequada definição do conceito de equipe e das identidades profissionais que a compõem.

Entre as várias nomenclaturas para esse grupo de profissionais de diversos saberes, a instituição optou por trabalhar o conceito de multiprofissionalidade, entendida como a ocorrência de integrações entre os profissionais de múltiplas disciplinas, dentro de uma pretendida harmonia e complementaridade. Compõem-se as atividades desse time como um conjunto de ações que podem ser denominadas como atos de saúde – e não somente atos médicos, pois incluem atos psicológicos, atos fisioterapêuticos e da enfermagem, atos fonoaudiológicos, nutricionais e farmacêuticos, assim como atos de tantos outros profissionais que entram no time.

Uma equipe multiprofissional implica duas dimensões indissociáveis do trabalho: a articulação das ações e a interação dos profissionais³.

Compreendendo o escopo de atuação da instituição que é objeto deste relato de experiência e tendo como recorte as situações de queimadura, todas as dimensões que acolhem o paciente devem se apresentar de forma constante e dinâmica, pois o indivíduo merece o cuidado de forma integral em sua especificidade enquanto ser, com seu sofrimento e dor, em um contexto físico, emocional, afetivo, familiar, profissional e social.

Portanto, o objetivo deste trabalho foi demonstrar como uma organização de assistência ao paciente pode melhorar a percepção do cuidado, com a valorização dos profissionais envolvidos nesse serviço.

METODOLOGIA

Este trabalho é um relato de experiência ocorrida no Centro de Tratamento de Queimaduras da Irmandade de Misericórdia de Campinas, no interior do estado de São Paulo, após observação de que o perfil de atendimento trazia dois riscos ao processo: qualidade assistencial ao nosso paciente e alto impacto emocional das realidades presenciadas pelos colaboradores.

Sendo duplamente impactados, iniciamos a organização do serviço a partir de um olhar mais amplo, que pudesse trazer melhoria a toda a prestação de serviços, porém com o planejamento de respaldo para os profissionais conseguirem lidar com as adversidades encontradas na realidade da vida dos pacientes – pois, muitas das vezes, a dor do próximo causa uma dor no profissional que está atuando naquele serviço.

A ferramenta imprescindível de gestão gerada por meio da organização do serviço de atendimento aos pacientes foi a Reunião Clínica Multiprofissional semanal, na qual discutimos, impreterivelmente, todos os casos, considerando as conexões e interfaces existentes e identificadas nas intervenções técnicas de cada área profissional. Nessa reunião, buscamos uma centralização das ações, com um olhar muito mais crítico ao real estado situacional do paciente e trazendo uma força maior às decisões clínicas como meio para alcançar resultados mais exitosos.

RESULTADO E DISCUSSÃO

A metodologia de análise dos casos inclui um cruzamento de dados, a partir dos registros de identificação e evolução do paciente em prontuário. Essa prática gera um plano terapêutico com metas estipuladas que tragam algum nível de previsibilidade no processo de alta, inclusive com acompanhamento, quando admissível, no pós-alta.

Se o paciente for elegível para esse acompanhamento, avaliam-se as condições de retorno ao ambulatório e

se constrói um projeto terapêutico, comum a todas as disciplinas elencadas para a evolução do paciente, para que ele seja integralmente cuidado. Cada profissional atua em sua área de responsabilidade, juntamente com os familiares e a rede de apoio estabelecida, para propiciar uma melhora na qualidade de vida do paciente, já considerando as diferentes possibilidades e limitações de cada um.

A efetividade da comunicação, constante e imediata, entre os profissionais envolvidos nessa metodologia, nos procedimentos e na manutenção do processo é um trabalho árduo da gestão, pois a resolução de problemas salva vidas em uma unidade de alta complexidade como o Centro de Tratamento de Queimaduras. O apoio da governança a essas políticas de segurança e qualidade do paciente garante que a assistência possua todos os recursos, sejam materiais, sejam humanos, para fazer com que se cumpram as expectativas e necessidades dos pacientes.

Além desse olhar ao paciente, não se pode desconsiderar a condição de ofertar também o apoio emocional à própria equipe, depositária de demandas nem sempre possíveis de alcançar, em vista da vulnerabilidade do ser humano que tem ameaçados sua resistência, seus mecanismos de defesa e suas atuações – para além de uma queimadura profunda e de risco, trata-se de uma condição de saúde que acarreta traumas, na maioria das vezes, para sempre.

Assim, cuidar do sofrimento e da dor do paciente com queimaduras é fonte de sofrimento também para uma equipe humanizada, cuja empatia condiciona quadros de ansiedade, gera medos e fobias e ocasiona sentimento de ameaça e conflito, além de ser um constante desestímulo pelas lesões provocadas, além de tantos outros sentimentos que fazem parte de nosso mundo psíquico. Esses sentimentos precisam ser ouvidos, cuidados e ressignificados, pois podem se transformar em mecanismos de defesa e em conflitos internos, interferindo na configuração mental do grupo de trabalho. Ou seja, se negligenciados, tais sentimentos

podem comprometer a participação dos profissionais para a melhor recuperação dos pacientes.

Uma preocupação dentro da equipe multiprofissional é que seu perfil de atendimento – queimaduras – pode ter um fator subjacente muito grave. Não raramente se lida com tentativas de autoextermínio, alcoolismo, drogadição, vulnerabilidade social, dentre outros riscos psicológicos e sociais. Portanto, o profissional deve ter uma base bastante sólida para agir com preparo e estar seguro de suas abordagens, de forma que o paciente seja tratado, ouvido e cuidado.

O trabalho multiprofissional é um avanço sem precedentes na interface do cuidado entre doença e saúde nos diferentes cenários sanitários. Contudo, todos esses aspectos precisam ser considerados em um processo de gestão para levarem ao fortalecimento e ao aumento da qualidade assistencial. Todos os fatores extra-hospitalares e intra-hospitalares relativos às características do trabalho, tanto do grupo quanto individuais, competem ao universo da gestão para que haja equilíbrio entre a assistência e a recuperação dos pacientes, sempre mantendo a integridade mental dos colaboradores.

Uma parceira bastante estratégica nessa atividade de apoio aos colaboradores é a área de Educação Continuada, com ofertas constantes de ações para a qualificação da equipe em aspectos técnicos e não técnicos. Essa capacitação contínua agrega como pré-requisitos: conhecimento e reconhecimento dos diferentes campos de competência; motivação para encarar o desafio que representa o trabalho em equipe; ampliação do referencial teórico específico de cada área profissional; e aprimoramento da conduta ética e de valores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cabe ressaltar que todo esse esforço organizacional se justifica pela certeza de que gera benefícios

e agrega valor ao cuidado do cliente/paciente, ajudando-o a manter esperança, dentro de um projeto de vida, com perspectivas reais para o paciente queimado. Em um processo de troca que deve ocorrer em qualquer relação humana, nós – membros da equipe multidisciplinar – aprendemos e crescemos todos os dias em nosso trabalho, evoluindo como cidadãos e como profissionais.

O mecanismo de nosso trabalho é fruto do desafio que nosso grupo compartilha e no qual acredita, incluindo equipes de apoio (internas e externas à unidade) e toda a excelente equipe multiprofissional do Centro de Tratamento de Queimaduras da Irmandade de Campinas – Santa Casa e Hospital Irmãos Penteado, a quem agradeço imensamente ter podido, desde o primeiro momento, ajudar a construir e dela participar.

REFERÊNCIAS

1. Segre M, Ferraz FC. O conceito de saúde. *Rev. Saúde Púb.* [Internet]. 1997 [Cited 2022 May 30];31(5):538-542. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101997000600016>.
2. Durand JC. Profissões de saúde em São Paulo: expansão e concorrência entre 1968 e 1983. *Cad. FUNDAP.* 1985;10(10):4-23.
3. Peduzzi M. (1998). Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação. [Doctoral dissertation]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1998.



Auditória interna da qualidade: estudo de caso em hospital de médio porte

Luciano Cicero da Silva^a

Resumo

Este artigo teve como objetivo contextualizar a prática de auditoria interna em um hospital de médio porte, apresentando a estrutura, o processo e os resultados alcançados. Assim, descreveu a organização de cada etapa da auditoria (formação de auditores internos, planejamento e escopo da auditoria, realização da auditoria, confecção de relatório e entrega dos resultados). Para tanto, foram realizadas uma revisão sistemática da literatura e uma análise de caso com base na realidade de um hospital de médio porte, de natureza privada, no município de Franca (SP). O resultado foi um entendimento prático de como o processo de auditoria interna da qualidade pode agregar valor à organização, desde que a atividade seja desenvolvida com método, envolvimento das lideranças e apoio da alta administração.

Palavras-chave: Auditoria; Melhoria contínua; Acreditação ONA; Tracer.

^a 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 pela Universidade Barão de Mauá; gerente da Qualidade na Unimed Franca; Franca/SP.

INTRODUÇÃO

A avaliação da qualidade em serviços de saúde é uma atividade comum, geralmente desenvolvida pelos núcleos de gerenciamento de qualidade e segurança do paciente. É importante que, durante a avaliação da qualidade dos serviços de saúde, busquem-se respostas assertivas para as seguintes perguntas: Estamos fazendo as coisas certas? O que estamos fazendo está bem feito?¹ Nossos acertos são pontuais ou consistentes? Essas perguntas são fundamentais para tratar as principais preocupações com a qualidade na saúde, pois o que mais chama a atenção nesse sentido é a variação da prática assistencial – ainda mais que seus resultados². Dentro desta perspectiva, a expectativa maior é que o processo de auditoria possa desenvolver a cultura das organizações³.

Este estudo destacou a relevância da rotina da auditoria interna, considerando a importância de outros profissionais de saúde conhecerem essa atividade e entenderem como essa prática pode agregar valor ao serviço. Este artigo se sustenta na necessidade de entender o quanto os processos de auditoria interna da qualidade podem colaborar para a melhoria contínua dos processos e serviços. Outro aspecto relevante a ser considerado é a devida implementação de uma metodologia de avaliação.

Para um melhor entendimento dos processos de auditoria interna e uma análise do possível valor agregado aos serviços, foi necessário rever método e processo. Para tanto, foram feitas uma revisão de literatura e uma análise de um processo de auditoria interna, buscando compreender quais melhorias podem ser alcançadas nos processos, segundo as recomendações do *Manual Brasileiro de Acreditação ONA 2022*.

Avaliar a qualidade dos serviços de saúde está diretamente relacionado à percepção de valor que eles podem agregar aos pacientes⁴. Considerando isso, podemos entender que a auditoria interna da qualidade

deverá sempre focar a análise do valor que os serviços de saúde têm conseguido agregar aos pacientes. Quando se fala em agregar valor, pode-se entender: atividades que agregam valor aos profissionais de saúde e aos pacientes, e que geram resultados financeiros aos serviços sem comprometer a integridade física e mental dos pacientes e profissionais.

Para que se possa entender o processo de auditoria interna, o estudo de caso foi desenhado de forma que todas as etapas sejam percebidas. Considerou-se desde a programação da auditoria até a entrega do relatório de todas as oportunidades de melhoria. Além disso, foi realizada uma avaliação das pendências de auditorias anteriores e da efetividade das ações.

Após estudado todo o processo de avaliação, um ponto importante foi analisar se os achados do processo de auditoria interna podem agregar valor de forma geral, tanto para o serviço de saúde quanto para o paciente. Quando o foco da avaliação destoa do objetivo central do paciente e da organização, existe o risco de se direcionar o serviço de saúde para questões que não colaboram para o enfrentamento dos principais desafios.

O processo de auditoria interna possibilita uma avaliação do desempenho da organização de saúde com relação aos requisitos estabelecidos no manual⁵. Entende-se, dessa forma, que a auditoria favorece uma avaliação do cenário atual para que melhorias possam ser desenvolvidas ao longo do tempo. Dentro do escopo de avaliação da Organização Nacional de Acreditação (ONA), a autoavaliação é obrigatória antes dos processos de acreditação e recertificação. Tendo em conta que o processo de auditoria é uma prática da gestão da qualidade, é importante a realização desses processos de forma constante. Esse processo deve ocorrer, independentemente até mesmo da certificação, visando à melhoria contínua e constituindo a cultura organizacional⁶.

Figura 1 – Ciclo de Avaliação, considerando a autoavaliação

Fonte: *Manual Brasileiro de Acreditação - ONA* (2022, p. 24)

Conforme vemos na Figura 1, o *Novo Manual Brasileiro de Acreditação* traz a autoavaliação ao longo dos requisitos, com a orientação de uma sistemática para realização de auditorias internas para melhoria dos processos da organização, apoiando a implantação de ações nesse sentido. A sistemática estabelecida deve considerar todos os processos da organização (assistenciais, administrativos, de infraestrutura e de apoio) com o intuito de analisar se requisitos pertinentes (estatutários, regulamentares, legais, dos processos, dos clientes, da acreditação etc.) estão sendo cumpridos; determinar a contínua adequação, suficiência e eficácia do programa institucional de melhoria contínua; avaliar a compatibilidade e o alinhamento dos objetivos da qualidade com a direção estratégica da organização; e verificar se é necessário implantar ações para que a organização se torne ainda mais ágil, eficiente e segura⁵.

A evidência do processo de auditoria que o manual de acreditação pede consiste em requisitos essenciais,

que norteiam a organização quanto ao foco na qualidade e segurança do paciente. Além do objetivo de desenvolver ações de melhoria nos serviços, o processo de auditoria interna deve ser educativo, o que o torna um dos principais fatores que contribuem para o valor agregado⁷.

O objetivo principal deste trabalho foi contextualizar o processo de auditoria interna. Analisou-se o processo de auditoria em um hospital de médio porte no município de Franca, interior do estado de São Paulo, com um processo de acreditação ONA em excelência.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo misto, com dados qualitativos e quantitativos, mas predominantemente qualitativo. O estudo está pautado na análise de um relatório de dados originados de um processo de auditoria interna da qualidade. A auditoria foi desenvolvida num

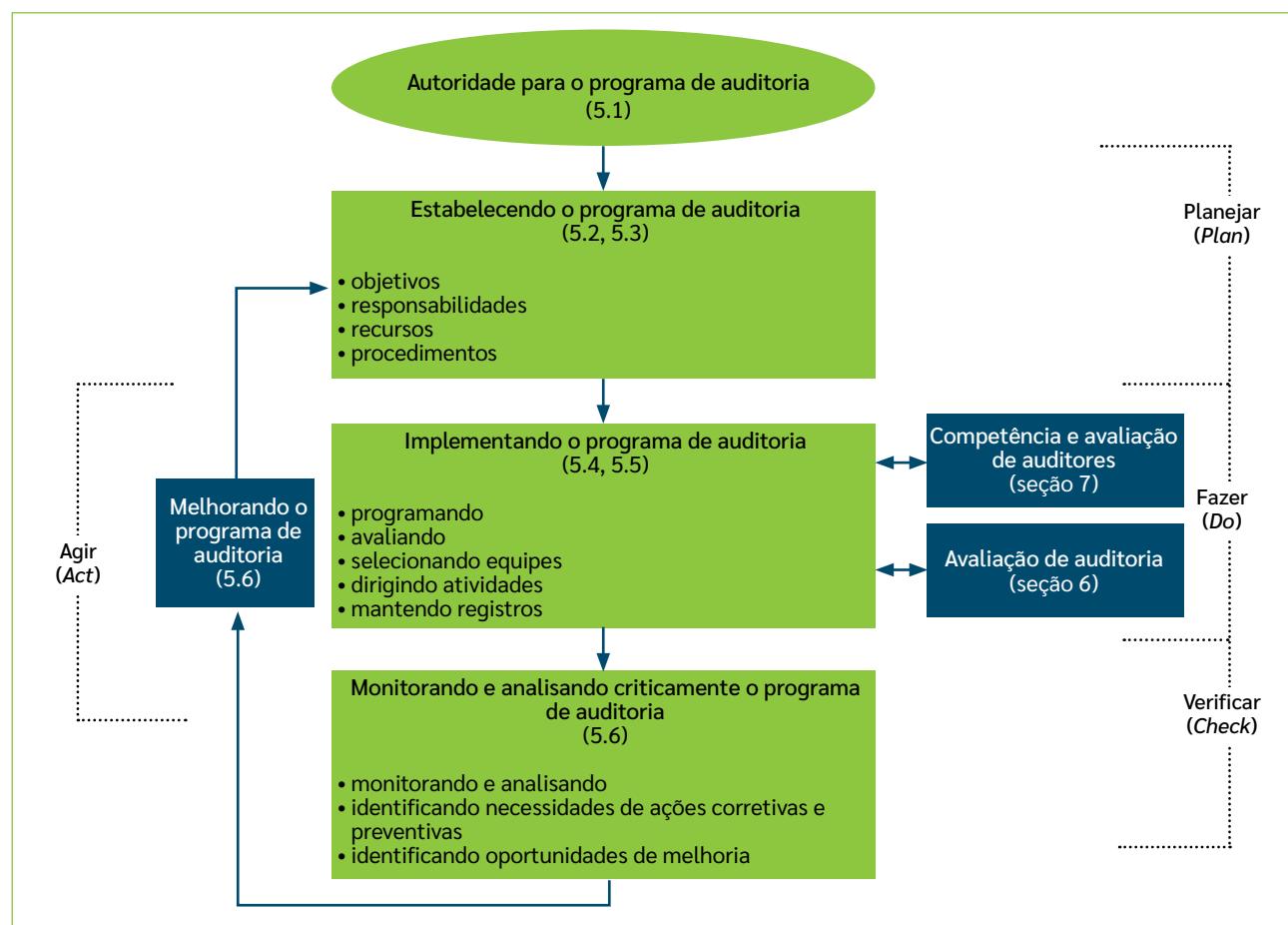
período de 28 dias em um hospital de médio porte do município de Franca, interior de São Paulo, com 130 leitos e 700 colaboradores. Ao todo, foram auditados 39 setores. O desenho da abordagem para o levantamento das informações é o próprio relatório de auditoria interna. O procedimento para levantamento das informações deu-se através de revisão do relatório e do processo deslocar de auditoria interna em si. A unidade de análise compreende o relatório de cada um dos setores auditados⁸.

A auditoria interna conforme o *Manual Brasileiro de Acreditação ONA 2022* segue a estrutura

organizacional da ISO 19011⁹ porque o processo foi integrado, porém o escopo deste trabalho é somente o quanto a acreditação ONA impactou positivamente a organização do serviço. O modelo de auditoria foi escolhido em virtude de sua didática e aplicabilidade a qualquer modelo de avaliação.

Um grupo de 50 colaboradores foi capacitado para a realização das auditorias. Após a capacitação, a organização da auditoria foi desenhada conforme ciclo PDCA⁹ (sigla do inglês Plan, Do, Check, Act), como demonstra a Figura 2.

Figura 2 – Estrutura do processo de auditoria Interna.



Fonte: ABNT (2002, p. 5)

A autoridade do programa de auditoria foi designada pela direção da organização, na figura do diretor hospitalar, que foi o responsável por apoiar e validar o processo de auditoria interna, assim como receber o relatório final, para posterior tomada de ação de melhoria. A definição do programa de auditoria foi desenhada pela equipe da Gestão da Qualidade da instituição.

A estrutura sistêmica do *Manual Brasileiro de Acreditação* foi utilizada como referência para a realização do processo de auditoria. O entendimento de uma estrutura sistêmica diz respeito ao processo de avaliação, que deve ser considerado como um todo, ou seja, é importante que a percepção de uma

determinada cultura – como a cultura de segurança do paciente, por exemplo – seja percebida e avaliada de forma sistêmica por todo o fluxo assistencial ou gerencial.

Perceber o processo de avaliação de forma dinâmica e integrada propicia uma leitura mais assertiva de processos e resultados, desfechos, cultura de segurança e integração dos processos.

O *Manual Brasileiro de Acreditação* traz essa visão mais clara em sua nova versão, a partir do desenvolvimento de uma estrutura conceitual, conforme registrada na Tabela 1, para entender quais são os eixos de maior atenção do manual.

Tabela 1 – Estrutura conceitual do *Manual de Acreditação ONA 2022*.

ESTRUTURA SISTÊMICA DO MANUAL BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO ONA 2022			
O <i>Manual Brasileiro de Acreditação ONA 2022</i> pode ser entendido por meio de uma estrutura sistêmica, aplicável para qualquer processo a ser avaliado, conforme diagrama abaixo. Cada dimensão de requisitos, pode ser percebida como requisitos de primeira, segunda ou terceira dimensão, onde requisitos de primeira dimensão são CORE, de segunda, estruturais e de terceira, de desempenho ou resultado da dimensão.			
P (Plan)	PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO / POLÍTICAS INSTITUCIONAIS / COMISSÕES / UNIDADE DE NEGÓCIO	D (Do)	PROCEDIMENTOS / PROTOCOLOS E NORMAS ESPECÍFICAS / REGISTROS E ATIVIDADES
C (Check)	MONITORA POR INDICADORES E AVALIA POR AUDITORIA	A (Act)	ANALISA OS RESULTADOS E DESENVOLVE PLANOS DE AÇÃO COM FOCO EM MELHORIA
1 Perfil e característica do serviço • Dimensionamento • Competência profissional	• Gerenciamento das interações • Gestão e indicadores • Gestão das ocorrências		• Resultado dos processos para a realização de ciclos de melhoria • Ciclo de melhorias de protocolos e comissões
2 Condições operacionais e de infraestrutura • Critérios para a realização das atividades • Cumprimento de normas, procedimentos e processos	Gestão da efetividade dos processos críticos, políticas, protocolos e barreiras		• Ciclo de melhorias da governança • Ciclo de melhorias da experiência do paciente • Ciclo de melhorias da gestão de riscos • Ciclo de melhorias das auditorias
3 Identificação dos riscos operacionais • Estratégias de contingências • Barreiras de segurança	• Melhorias a partir das auditorias • Melhorias a partir de eventos adversos e não conformidades		• Cultura justa • Sustentabilidade • Cultura de segurança
ESTRUTURA As exigências deste nível contemplam a definição das diretrizes e políticas organizacionais para o atendimento seguro e de qualidade, nas especialidades e nos serviços da organização de saúde a ser avaliada, com os recursos adequados a demanda e ao porte da organização.		PROCESSO As exigências deste nível contemplam definição, classificação, desenho/modelagem dos processos da organização e a interação entre eles; acompanhamento e avaliação de seus resultados para o alcance das diretrizes e políticas estratégicas e para promover ações de melhoria.	
RESULTADO As exigências deste nível contemplam evidências da maturidade organizacional, utilizando o conhecimento e o aprendizado para a tomada de decisão, bem como o relacionamento com todas as partes interessadas, buscando a efetividade dos resultados institucionais, a sustentabilidade e a responsabilidade socioambiental, promovendo melhoria contínua.			

Conforme a estrutura conceitual, foram avaliadas de forma sistêmica as dimensões de estrutura, processo e resultado, girando o ciclo PDCA transversalmente por todos os processos auditados. A auditoria foi desenvolvida de acordo com um cronograma previamente estabelecido e divulgado aos participantes.

RESULTADOS

Além do uso do *Manual de Acreditação* para a realização das auditorias, foi desenvolvido um *tracer* durante a avaliação¹⁰. Desta forma, o principal método de avaliação de pesquisa utilizado foi por comissões conjuntas e avaliadores capacitados para verificações da organização de saúde, pois, ao envolver a rastreabilidade de um paciente real, evidencia experiência de uma organização de saúde, usando o registro de pacientes como guia.

Com base no que foi definido pelo *tracer*, um conjunto de oportunidades de melhoria foi definido com foco na qualidade da assistência. O objetivo central das observações foi o fortalecimento do processo de transição de

cuidado, considerando o fato de o paciente ser crítico e transitar por diversas unidades de atendimento.

É sempre importante, durante um processo de auditoria, a verificação dos apontamentos de auditorias anteriores, a fim de evitar duplicidade de não conformidades e garantir o acompanhamento dos avanços nos processos.

Durante a realização das auditorias, para o acompanhamento das ações de recomendações anteriores, foi possível acompanhar o andamento das ações resultantes das avaliações realizadas em 2021.

Para efetividade do processo de auditoria, há a necessidade de agregar valor, indo além de recomendações que sejam simplistas e não promovam melhoria¹¹. Aqui, os achados foram agrupados em categorias, sendo os sete mais estratégicos apresentados como pilares da qualidade¹²: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. A Tabela 2 apresenta uma análise comparativa entre os pilares da qualidade e os achados da auditoria.

Tabela 2 – Quadro comparativo dos pilares da qualidade e os achados da auditoria.

PILAR DA QUALIDADE	CONCEITO	ACHADO
Eficácia	É o resultado do cuidado obtido na melhor situação possível.	<ul style="list-style-type: none"> • Abertura de protocolos gerenciados; • Acolhimento com classificação de riscos.
Efetividade	É o resultado do cuidado obtido na situação real.	<ul style="list-style-type: none"> • Desfechos de protocolos e condições clínicas de pacientes críticos.
Eficiência	Inclui o conceito de custo. Se duas medidas são igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente é a de menor custo.	<ul style="list-style-type: none"> • Relação de custo-efetividade de protocolos gerenciados e de protocolos de condições crônicas (exemplo: oncologia).
Aceitabilidade	É o quanto o cuidado se adapta aos desejos, expectativas e valores dos pacientes.	<ul style="list-style-type: none"> • Indicadores e tratativas de demandas da ouvidoria; • Nível de autonomia do paciente; • Relatório de pesquisa de satisfação do cliente/paciente.
Legitimidade	É a aceitabilidade do ponto de vista da sociedade ou comunidade.	<ul style="list-style-type: none"> • Resultado de pesquisa de mercado referente à força da marca; • Pesquisa com clientes sobre recomendação do hospital.
Otimização	Potencializar o tempo gasto naquilo que realmente é importante.	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação da jornada do paciente; • Redução de custos e desperdícios.
Equidade	É o que é justo ou razoável na distribuição dos cuidados e de seus benefícios.	<ul style="list-style-type: none"> • Atendimento de qualidade ao paciente permeando todos os níveis de atenção, complexidade e criticidade.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Conforme vemos na Tabela 2, os achados da auditoria foram diretamente relacionados com os pilares da qualidade, com o objetivo de identificar aspectos mais estratégicos para a alta liderança. A esses achados, deu-se o nome de **desafios sistêmicos**, ou não conformidades sistêmicas, que podem comprometer a organização na totalidade⁵ porque se relacionam com mais de uma área ou setor específico. Situações menores e não conformidades pontuais foram tratadas numa dimensão denominada de **desafios operacionais**. A qualidade só é possível quando a alta direção apoia o processo de melhoria e quando a importância dele é institucionalizada pela organização. Por isso, quando se trata de assuntos operacionais com a equipe mais estratégica da organização, a adesão pode ser baixa¹³. As demandas da auditoria foram direcionadas aos possíveis tomadores de decisão.

Os achados de auditoria definidos na Tabela 2 são pontos focais. No relatório do hospital em estudo, foi realizado um detalhamento por evidência, de forma a direcionar ações corretivas aos setores. Não detalhamos aqui as não conformidades porque o objetivo do artigo foi explorar o método da auditoria interna, e não apresentar fragilidades, desafios e situações que são específicos da organização. Como o nível zero de erro é impossível em saúde, os processos da qualidade buscam a melhoria progressiva do serviço prestado; sendo assim, esse é o papel dos achados da auditoria¹⁴.

Como entrega do processo de auditoria interna, um relatório foi apresentado para a alta direção do hospital, contendo 76 não conformidades e 98 oportunidades de melhoria. Foram identificadas, ainda, seis evidências de resultado, considerando o processo de acreditação em nível 3, voltado ao resultado e às evidências de ciclos de melhoria com impacto sistêmico. O escopo da auditoria envolveu as principais subsessões do *Manual Brasileiro de Acreditação*.

Para a avaliação do processo de auditoria interna, foi realizada uma pesquisa com os líderes auditados.

Foi aplicada a metodologia NPS (*Net Promoter Score*), considerando a importância da pesquisa de satisfação por seu propósito de identificar os principais fatores de satisfação dos clientes internos, em que notas de 0 a 6 são dos detratores, de 7 a 8 são de neutros e de 9 a 10 são de defensores da marca¹⁵. A nota final do NPS foi de 9 pontos, com base nas respostas à seguinte pergunta: “De 0 a 10, o quanto o processo de auditoria interna agregou valor ao seu setor?”. A pesquisa foi anônima, não sendo possível identificar quem eram os respondentes e quais eram suas características.

CONCLUSÃO

Quando se iniciou o trabalho de pesquisa sobre o tema, percebeu-se a necessidade de entender o quanto a atividade de auditoria interna da qualidade pode colaborar para a melhoria contínua dos processos e serviços e que, por isso, havia a necessidade de se realizar um estudo de caso sobre o processo de auditoria.

Constata-se que o objetivo geral foi atendido, pois, efetivamente, o trabalho conseguiu verificar que o processo de auditoria em estudo apresentou uma estrutura metodológica desde o planejamento até a entrega de resultados.

O estudo de caso proposto tinha também como objetivo perceber se, por fim, o processo de auditoria interna, quando realizado com método e de forma estruturada, agrega ou não valor para que se possa promover a melhoria na cultura da organização. Com base na percepção dos auditados revelada pela pesquisa de NPS, cuja pergunta central estava relacionada ao valor agregado do processo de auditoria, a pontuação final 9 indica que a auditoria agregou valor à organização.

As perguntas iniciais para perceber o valor agregado ao processo de auditoria interna foram formuladas

para o direcionamento dos objetivos desta pesquisa. Com base na metodologia de pesquisa, nos achados e na percepção sobre a atividade de auditoria como um todo, podemos concluir que, desenvolvendo a sistemática de auditoria interna com método e de forma contínua, foi possível responder às perguntas iniciais.

Diante da metodologia proposta e aplicada, percebe-se que o trabalho poderia ser ampliado, buscando o processo de auditorias anteriores. Por isso, recomenda-se, para trabalhos futuros, que seja realizada uma pesquisa com uma amostragem maior de processos de auditoria para que também se analisem a evolução e a melhoria ao longo do tempo.

REFERÊNCIAS

1. Silva MG. Gestão da Qualidade em Cuidados de Saúde. 1st ed. Lisboa: Monitor; 2013.
2. Vecina Neto G, Malik AM. Gestão em Saúde. vol. 1. 1st ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
3. Alves MP. Avaliação e Qualidade das Organizações. 1st ed. Lisboa: Escolar Editora; 2009.
4. Donabedian A. La investigación sobre la calidad de la atención médica'. Salud Pública Méx. 1986; 05;28(3):324-327.
5. Organização Nacional de Acreditação - ONA. Manual para Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde. In: Organização Nacional de Acreditação. Coleção Manual Brasileiro de Organização. São Paulo: ONA; 2021.
6. CHKS. Programa de Acreditação Internacional para Organizações de Saúde. Londres; 2010.
7. Juran JM, Godfrey AB. JURAN's Quality Handbook. 5th ed. New York: McGraw Hill; 1998.
8. Sampieri RH, Collado CF, Lucio PB. Metodología de la Investigación. 6th ed. Santa Fé: McGraw Hill/Interamericana; 2014.
9. Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). NBR ISO 19011:2002. Rio de Janeiro; 2002.
10. Commission J. Big Book Of Tracer Questions. Oakbrook; 2017.
11. Lemos JD, Oroz V. Auditoria Médica y Profesional Integral. 2nd ed. Buenos Aires: Corpus Libros Médicos y Científicos; 2016.
12. Donabedian A. The Seven Pillars of Quality. Arch Pathol Lab Med. 1990 nov;114(11):1115-1118.
13. Hitt MA, Ireland RD, Hoskisson RE. Administração Estratégica: Competitividade e Globalização. 12th ed. São Paulo: Cengage; 2019.
14. Couto RC, Pedrosa TMG. Hospital. 2nd ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007.
15. Fiorentino G, Sebastião B, Grass K, Lemos E. Satisfação do paciente nos hospitais privados brasileiros. Bain & Company; 2016. Available from: https://www:bain:com/contentassets/9e46222b008c4784849eff749166a4af/bain_brief_brochura_hospitais_nps_sao_paulo:pdf.



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 sobreescritos e entre parênteses, sem mencionar o nome dos autores (exceto aqueles que representam uma formação teórica). Quando forem sequenciais, indicar o primeiro e o último número, separados por um hífen, por exemplo, 1-4. Quando não sequenciais, devem ser separados por uma vírgula, por exemplo, 1-2,4.
- **Citações de referências no final do texto:** Usar o estilo “Vancouver”, disponível em (https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html). A lista de referência no final do manuscrito deve ser numerada de acordo com a sequência em que os autores foram citados no texto. Os títulos das revistas devem ser abreviados de acordo com a lista de periódicos

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

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

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

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



SCIENCE

www.revistascience.com