

RSPP

Revista de Saúde Pública do Paraná

VOLUME 02. SUPLEMENTO 1 . JULHO 2019 | ISSN IMPRESSO 2595-4474 | ISSN ONLINE 2595-4482

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO HOSPITALAR - HOSPSUS



RSPP

Revista de Saúde Pública do Paraná

VOLUME 02. SUPLEMENTO 1. JULHO 2019 | ISSN IMPRESSO 2595-4474 | ISSN ONLINE 2595-4482 |
CURITIBA (PR)

2019 Escola de Saúde Pública do Paraná



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Rua Dante Romanó, 120 – Taramã

Curitiba (PR) – CEP:82821-016

Tel. (41)3342-9818

www.escoladesaude.pr.gov.br

Tiragem: 3.000 exemplares

RSPP

Revista de Saúde Pública do Paraná

ISSN IMPRESSO 2595-4474 | ISSN ONLINE 2595-4482

Disponível também em: <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp>

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação – Brasil.

R454 Revista de Saúde Pública do Paraná / Escola de Saúde Pública do Paraná. – v. 2, supl. 1 (jul. 2019). – Curitiba : SESA/ESPP, 2019.

117p. : il.

Semestral

Suplemento para o Curso de Especialização em Gestão Hospitalar.

ISSN impresso 2595-4474

ISSN online 2595-4482

1.Saúde Pública. I. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde. Escola de Saúde Pública do Paraná.

CDD 614.098162

Bibliotecário responsável: Tiago Pereira Nocera CRB 9/1878

EDITORA-CHEFE Ana Lúcia Nascimento Fonseca (Escola de Saúde Pública do Paraná) **EDITOR ASSOCIADO** José Carlos da Silva de Abreu (Secretaria de Saúde do Estado do Paraná) **CORPO EDITORIAL** Célia Maria Borges da Silva Santana (Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco), Denise Xavier Messias (Secretaria de Estado da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior), Domicio Sá (Fiocruz-PE), Giseli Cipriano Rodacoski (PUCPR), João José Batista de Campos (Instituto de Estudos em Saúde Coletiva-INESCO), José da Paz Oliveira Alvarenga (Universidade Federal de Pernambuco), Julia Valeria Ferreira Cordellini (Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba), Márcio José de Almeida (Faculdades Pequeno Príncipe), Neuza Buarque (Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco), Rosa Maria Pinheiro Souza (ENSP/FIOCRUZ), Sérgio Túlio Stingham (Secretaria de Saúde do Estado do Paraná), Solange Rothbarth Bara (Escola de Saúde Pública do Paraná). **EDITORA ADMINISTRATIVA** Aline Rossi Ribeiro.



A Revista de Saúde Pública do Paraná conta com o apoio do INESCO, por meio do Convênio 039/18 assinado entre o INESCO e a Secretaria de Estado da Saúde

INDEXADA EM:



ASSOCIADA À:



OS CONCEITOS EMITIDOS NOS MANUSCRITOS SÃO DE RESPONSABILIDADE EXCLUSIVA DO (S) AUTOR(ES), NÃO REFLETINDO OBRIGATORIAMENTE A OPINIÃO DA REVISTA

SEMESTRAL **REVISÃO ORTOGRÁFICA:** MARIA CHRISTINA RIBEIRO BONI **REVISÃO DE INGLÊS:** DENISE RODRIGUES **PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO:** VISUALITÁ CASA DE DESIGN

Política editorial vigente

Trata-se de publicação periódica institucional da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA), por meio da Escola de Saúde Pública do Paraná (ESPP) com objetivo ser um veículo de comunicação científica de informação especializada em saúde pública, saúde coletiva e educação em saúde. Preferencialmente, a revista publicará trabalhos originais que abordem problemas e assuntos relativos à estes temas no âmbito do Paraná.

Missão

Publicar contribuições sobre os aspectos relacionados aos problemas de saúde da população e sobre a organização dos serviços e sistemas de saúde, bem como áreas correlatas. Busca também ser espaço para interlocução de experiências entre as instituições que compõe o Sistema de Saúde no Paraná.

Público-alvo

Servidores e dirigentes dos serviços de saúde que trabalham no Sistema Único de Saúde (SUS), objetivando que o compartilhamento de informações científicas nas diversas vertentes da saúde pública e coletiva possam gerar conhecimento que auxilie nas tomadas de decisão, inovação e melhoria nos processos de trabalho. Também procura atingir acadêmicos, professores e pesquisadores, com o intuito de fomentar a pesquisa e inovação em saúde no Estado.

Escopo

A Revista de Saúde Pública do Paraná publicará trabalhos originais que estejam de acordo com os parâmetros éticos de autoria em sua produção. Sua submissão implica em transferência dos direitos autorais da publicação digital e impressa e a não observância desse compromisso submeterá o infrator a sanções e penas previstas na Lei de Proteção dos Direitos Autorais (Número 9.610, de 19/02/98).

A revista publica, em cada edição, um mínimo de 50% de trabalhos originais. Serão publicados trabalhos nas seguintes modalidades: Artigos Originais, Artigos de Revisão de Literatura, Resenhas de Livros, Comunicações Breves e Relatos de Experiência. Também serão publicadas cartas ao editor, entrevistas e comentários sobre aspectos relevantes da saúde pública. A submissão ocorrerá exclusivamente por meio do sistema OJS (Open Journal Systems) e estará sujeita a avaliação de seu mérito científico por pares (*peer review*).

Periodicidade e distribuição

Publicada semestralmente, a revista tem como princípio de distribuição de sua versão eletrônica o acesso aberto, ou seja, fornece acesso livre e imediato ao seu conteúdo. A versão impressa é distribuída gratuitamente entre gestores, professores, pesquisadores e alunos que atuam na saúde pública do Estado.

Avaliação pelos pares

A revista é constituída de corpo editorial científico constituído de especialistas em áreas que envolvem a promoção da saúde pública e coletiva, com participação na academia, garantindo o rigor científico das informações por ela veiculadas. Compõe-se de Editor Científico, Editor Associado e outros responsáveis pelos conteúdos publicados e pelo respaldo técnico-científico à publicação. Além disso, compõem a estrutura da revista membros pareceristas, especialistas em vários campos da saúde pública, que participam da avaliação pelos pares. A avaliação será na modalidade duplo-cega. O processo de submissão de trabalhos será realizado através de chamada pública, a ser publicada na edição anterior, no site oficial da Escola de Saúde Pública do Paraná (www.escoladesaude.pr.gov.br) e na plataforma da revista no sistema OJS (<http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp>).

Sumário

APRESENTAÇÃO.....	07
EDITORIAL	09

ARTIGOS ORIGINAIS

IDENTIFICAÇÃO SEGURA DO PACIENTE: ADEQUAÇÃO DO USO DA PULSEIRA POR IMPRESSÃO TÉRMICA EM UM HOSPITAL PÚBLICO UNIVERSITÁRIO DO NORTE DO PARANÁ Rodrigo Martins de Souza, Dagmar W. Vituri, Elisana Agatha Iakmiu Camargo Cabulon, Leila Garcia de Oliveira Pegoraro, Eliane Cristina Sanches Maziero	11
COMISSÃO INTERNA DE NEAR MISS MATERNO EM UM HOSPITAL DA REDE MÃE PARANAENSE NO SUDOESTE DO PARANÁ: IMPLANTAÇÃO, DESAFIOS E PERSPECTIVAS Silvana Aparecida Turatto Longhi, Olga Laura Giraldi Peterlini	21
ESTRATÉGIAS PARA A IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE EM UM HOSPITAL DE MÉDIO PORTE NO NOROESTE DO PARANÁ Letícia Kruger Zocolotti Rebello, Franciele da Silva Quemel, Olga Laura Giraldi Peterlini	31
IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO SUL-AFRICANO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL QUARTENÁRIO E FILANTRÓPICO DA REGIÃO DE CURITIBA Priscilla de Almeida Cunico, Eliane Cristina Sanches Maziero	38
GESTÃO DA CLÍNICA COMO FERRAMENTA PARA MELHORIAS DOS RESULTADOS ASSISTENCIAIS Simone Simon, Giseli Cipriano Rodacoski	46
ESTRUTURAÇÃO DE UM NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE: EXPECTATIVA DE PROMOVER TRANSFORMAÇÃO NA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR Cinthia Magalhães Fragoso, Franciele da Silva Queme, Olga Laura Giraldi Peterlini	54
ESCOLA DE ENFERMAGEM: ESTRATÉGIA PARA UMA FORMAÇÃO QUALIFICADA Natalie Aparecida Ferreira da Silva, Andressa P. de O. Q. Martins, Mayara Rodrigues Piassa, Renilde Ana Puschel de Alvarenga, Giseli Cipriano Rodacoski	62
CAUSAS DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES EM IDOSOS POR REGIÕES DO BRASIL: SÉRIE HISTÓRICA DE 10 ANOS Thamyres Correa Barbosa, Juliana da Silva Moro, Joanito Niquini Rosa Junior, Carolina Young Yanes, Elaine Rossi Ribeiro	70
TRATAMENTO DO IDOSO NO AMBIENTE HOSPITALAR Renilde Ana Puschel de Alvarenga, Giseli Cipriano Rodacoski, Natalie Aparecida Ferreira da Silva, Ana Paula de Souza Pulsides, Andressa Paola Queiroz de Oliveira	82
O IMPACTO DA TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO NA GESTÃO HOSPITALAR Kaio Feroldi Motta, Angélica Ferreira Urdiales Poncetti, Roberto Zonato Esteves	93
REVISÃO INTEGRATIVA SOBRE O PROCESSO DE COMPRA E DISTRIBUIÇÃO DE MATERIAIS MÉDICOS E HOSPITALARES Sergio Luiz Wolker, Tania Portella Costa, Olga Laura Giraldi Peterlini	103
DIRETRIZES PARA AUTORES	113

Apresentação

O Curso de Especialização em Gestão Hospitalar específico para o Programa de Apoio aos Hospitais Públicos e Filantrópicos do Paraná – HOSPSUS, faz parte de um processo de qualificação da gestão hospitalar, que teve início com a primeira oferta em 2012.

Em virtude da grande repercussão positiva, e ao bom aproveitamento do primeiro curso pelos participantes, resultando em mudanças no processo de trabalho dos hospitais vinculados ao Programa, e, visando a continuidade desse processo educacional, a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA), juntamente com a Escola de Saúde Pública do Paraná (ESPP) propôs uma nova oferta do curso, considerando o contexto atual do Sistema de Saúde do Estado.

O curso tem por objetivo contribuir para a melhoria da qualidade da atenção hospitalar, tornando-a cada vez mais segura e resolutiva para a população paranaense nos Hospitais partícipes das Redes de Atenção.

Para a sua execução realizou-se uma Oficina em setembro de 2017 com a finalidade de construir o programa do curso. Esta oficina contou com a participação de membros da SESA/ Superintendência de Gestão de Sistemas de Saúde - SGS, Superintendência de Vigilância em Saúde - SVS e Superintendência de Atenção à Saúde - SAS, representante da FEMIPA e convidados. Resultando em um Programa para o Curso contendo quatro módulos: MAIS SAÚDE, MELHOR CUIDADO, MELHOR EFICIÊNCIA E PROJETOS APLICATIVOS-PA, a serem desenvolvidos em duas localidades: Maringá e Curitiba. Setenta e oito (78) pessoas realizaram a matrícula e durante o período quinze (15) desistiram. Sessenta e três (63) participantes concluíram o curso.

Trinta e sete (37) docentes se revezaram para cumprir todo o conteúdo proposto na oficina de planejamento, valorizando sempre:

- 1) O diálogo entre o conteúdo do curso com as necessidades do SUS e as propostas do PLANO ESTADUAL DE SAÚDE - PES.
- 2) O compromisso em trazer para o centro das reflexões sobre gestão contemporânea e os cenários de práticas cotidianas dos alunos.

3) A formação centrada no aluno por meio do uso de metodologias ativas que contribuam para posturas proativas de mudanças na gestão do SUS. As metodologias adotadas compreendem a discussão, análise, produção grupal e exposição dialogada sobre os temas abordados.

Além das atividades presenciais foram previstas atividades de dispersão relacionadas ao desenvolvimento do Projeto Aplicativo (PA) e elaboração de produtos das oficinas, que resultou no Trabalho de Conclusão de Curso, como demanda direta da necessidade de articulação do mesmo com as realidades locais dos alunos. Os trabalhos publicados neste número são resultados de atividades desenvolvidas dentro das suas Unidades Hospitalares onde trabalham e que os autores se dispuseram a cedê-los para publicação.

A Escola de Saúde Pública do Paraná – Centro Formador de Recursos Humanos (ESPP-CFRH) e a SESA esperam que os resultados se voltem para a consecução e fortalecimento de sistemas e serviços de saúde prestados no SUS, com a participação de profissionais representantes dos hospitais, que fazem parte das Redes de Atenção à Saúde.

ANA LÚCIA NASCIMENTO FONSECA
Editora-chefe

OLGA LAURA PETERLINI
Coordenadora do Curso de Gestão
Hospitalar - HOSPSUS

O Governo do Paraná tem como uma de suas prioridades, na área de saúde, a reestruturação e melhoria da qualidade hospitalar do SUS. Considerando a necessidade de melhorar o acesso a leitos qualificados, estabelecer um programa de melhoria da qualidade da assistência, o aumento da eficiência, a eficácia e a equidade do sistema assistencial, a Secretaria de Saúde do Paraná propôs, em 2012, o Programa de Apoio aos Hospitais Públicos e Filantrópicos do Sistema Único de Saúde do Paraná - HOSPSUS.

Este programa destina-se aos hospitais públicos e filantrópicos, que têm condições e capacidade para resolver problemas de saúde mais complexos e que atuam como referência na região onde estão inseridos, e estabelece diretrizes e normas para a melhoria do acesso aos leitos hospitalares resolutivos de acordo com as redes de atenção prioritárias definidas pela SESA.

O HOSPSUS tem como objetivo melhorar a oferta de leitos hospitalares qualificados em todas as regiões de saúde do Estado, mediante contrato/convênio firmado entre o hospital e a SESA/PR, contribuindo para o desenvolvimento de um parque hospitalar público e filantrópico no Estado, social e sanitariamente necessário e capaz de atender às necessidades da população do Estado em todas as regiões de saúde, e que possa:

- Operar com eficiência;
- Prestar serviços de qualidade que atendam às necessidades e demandas da população;
- Preencher vazios assistenciais;
- Inserir-se nas Redes de Atenção à Saúde prioritárias, definidas pela SESA.

Dentre as estratégias deste programa, destaca-se a educacional que estabelece a Capacitação gerencial, por meio de participação em curso de gestão hospitalar,

assim como a capacitação permanente das equipes dos hospitais de acordo com o perfil assistencial. Nesta perspectiva, a oferta especialmente do Curso de Especialização em Gestão Hospitalar tem demonstrado resultados positivos com mudanças nos processos de trabalho e na qualificação da assistência prestada aos paranaenses.

VINÍCIUS FILIPAK

Diretor de Política de Urgência na Secretaria de Saúde do Estado do Paraná

IDENTIFICAÇÃO SEGURA DO PACIENTE: ADEQUAÇÃO DO USO DA PULSEIRA POR IMPRESSÃO TÉRMICA EM UM HOSPITAL PÚBLICO UNIVERSITÁRIO DO NORTE DO PARANÁ

Safe patient identification: adequacy of the thermal wristband in a public university hospital in the North of the State of Paraná

Rodrigo Martins de Souza¹, Dagmar W. Vituri², Elisana Agatha Iakmiu Camargo Cabulon³,
Leila Garcia de Oliveira Pegoraro⁴, Eliane Cristina Sanches Maziero⁵

1. Contador. Especialista em Gestão Hospitalar. Técnico em Assuntos Universitários da Divisão de Finanças e Orçamento – Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4242-1677>.
2. Enfermeira. Doutora. Coordenadora do Núcleo Interno de Regulação de Leitos – Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7663-1736>.
3. Enfermeira. Mestra. Assessoria de Controle de Qualidade da Assistência de Enfermagem – Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0055-7442>.
4. Enfermeira. Especialista em Gerência de Serviços de Enfermagem – Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0439-2991>.
5. Enfermeira. Doutora. Escola de Saúde Pública do Paraná. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1264-0833>.

CONTATO: Rodrigo Martins de Souza | Avenida Robert Koch, 60 | Londrina | Paraná | Brasil | CEP 86.038-350 | Telefone: 43 3371-2327 – 43 98478-0005 | E-mail: rodrigossouza@uel.br

COMO CITAR Souza RM, Vituri DW, Cabulon EAIC, Pegoraro LGO, Maziero ECS. Identificação segura do paciente: adequação do uso da pulseira por impressão térmica em um Hospital Público Universitário do Norte do Paraná. R. Saúde Públ. Paraná. 2019 Jul.;2(Suppl 1): 11-20



COPYRIGHT Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – 4. O Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

RESUMO O trabalho teve como objetivo avaliar o percentual de adequação ao uso da pulseira de identificação por impressão térmica em pacientes de um hospital público de ensino do Norte do Paraná. Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e transversal realizado em 12 unidades assistenciais, de março a dezembro de 2017, por meio de auditoria operacional visando avaliar a efetividade da implantação do protocolo de identificação segura do paciente. Foram avaliados 3.853 pacientes, e 94,59% encontravam-se com a pulseira de identificação, mas foi constatada ausência principalmente nas unidades de pronto-socorro e pediatria. Quanto à legibilidade dos dados na pulseira houve 96,5% de adequação e mais de 98,0% das pulseiras apresentavam dados de identificação, com a integridade da pele em conformidade. Os resultados demonstraram a adequação desta meta de segurança do paciente na instituição podendo-se afirmar que esta prática foi consolidada enquanto estratégia gerencial de melhoria da qualidade da assistência.

PALAVRAS-CHAVE: Sistemas de Identificação de Pacientes. Segurança do Paciente. Auditoria de enfermagem. Enfermagem.

ABSTRACT The objective of this study was to evaluate the percentage of adequacy to the use of the thermal wristband in patients of a public teaching hospital in the North of the state of Paraná. This is a quantitative, descriptive, and cross-sectional study carried out in 12 care units, from March to December 2017, through an operational audit to evaluate the effectiveness of the implementation of the protocol for the patient's safe identification. A total of 3,853 patients were evaluated, 94.5% were found with the identification wristband, and the absence was observed mainly in the emergency department and pediatric units. As for the readability of the data on the wristband, there was 96.5% suitability, and more than 98.0% of the wristbands had identification data, with accordingly skin integrity. The results demonstrated the adequacy of this patient safety goal in the institution, and it can be affirmed that this practice was consolidated as a management strategy to improve the quality of care.

KEYWORDS: Patient Identification Systems. Patient Safety. Nursing Audit. Nursing.

INTRODUÇÃO

A qualidade da assistência e a segurança do paciente tem sido foco nacional e mundial de discussões e intervenções na área de gestão de serviços de saúde. A busca da excelência na qualidade assistencial e a necessidade de oferecer um cuidado com minimização de riscos nas unidades de saúde

é uma preocupação emergente no âmbito mundial¹⁻².

A segurança do paciente é definida como o ato de evitar, prevenir ou melhorar os resultados adversos do processo assistencial, tendo como enfoque o aprimoramento da assistência prestada, a fim de ampliar o número de práticas

seguras e reduzir os erros³. A Organização Mundial da Saúde (OMS) coloca a segurança do paciente como redução do risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável⁴.

Com o intuito de reduzir o risco de erros associados à assistência à saúde, as instituições têm imprimido esforços em iniciativas e ações embasadas nas Seis Metas Internacionais de Segurança do Paciente, que são preconizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS)¹. Entre essas metas está a identificação correta do paciente, a qual, desde então, passou a ser adotada como uma das metas para o alcance da segurança do paciente em nível mundial⁵.

No Brasil, por meio do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) instituído pela Portaria GM/MS nº 529/2013, o Ministério da Saúde estabelece os seis protocolos de segurança do paciente, dentre eles, o Protocolo de Identificação Segura⁵.

As consequências das possíveis falhas na assistência trazem impactos negativos tanto para os pacientes como seus familiares, quanto para as instituições de saúde e a sociedade. Estudos apontam que a ocorrência de eventos adversos no processo de atendimento aos pacientes hospitalizados acarreta complicações na evolução de sua recuperação, aumento das taxas de infecções e do tempo médio de internação⁶⁻⁷.

As instituições de saúde têm investido maciçamente em ações que visem à promoção da qualidade e segurança na terapêutica do paciente, com impacto no clima organizacional, com a inclusão de uma cultura de segurança. Portanto, o primeiro passo do movimento em prol da segurança do paciente começa com a identificação segura⁸.

De acordo com a National Patient Safety Agency (NPSA), no intervalo de um ano, dos 24.382 registros de incidentes relacionados aos cuidados dos pacientes, aproximadamente 2.900 estão relacionados à pulseira de identificação, como a sua ausência e/ou a presença de informações incorretas acarretam riscos ao paciente, que pode receber o tratamento errado⁹.

Neste sentido, o propósito da meta de identificação segura do paciente é duplo: em primeiro lugar, identificar de modo confiável o indivíduo como sendo a pessoa para a qual se destina o serviço ou tratamento e, em segundo lugar, assegurar que o procedimento a ser executado seja efetivamente o que o paciente necessita¹⁰.

No cotidiano, observa-se que os serviços de saúde adotam diferentes maneiras de identificar os pacientes, como a utilização de pulseiras, placas nas cabeceiras, adesivos nas roupas e crachás¹¹.

Diante da relevância da identificação segura do paciente, como uma diretriz elementar e que precede qualquer ação de cuidado à saúde e, considerando a implantação do uso da pulseira de identificação como o início do processo para garantir ao paciente o cuidado que lhe é devido, surge a seguinte questão de pesquisa: Qual o percentual de adequação do uso da pulseira de identificação do paciente em um hospital público universitário do norte do Paraná?

Deste modo, o presente estudo tem como objetivo avaliar o percentual de adequação aos critérios de avaliação do uso da pulseira de identificação por impressão térmica em pacientes de um hospital público universitário do norte do Paraná.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, de abordagem quantitativa, realizado em um hospital público universitário do norte do Paraná, que atende exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde, cuja capacidade operacional instalada possui 307 leitos destinados às mais diversas especialidades médicas.

Os dados foram coletados no período de março a dezembro de 2017, por meio de auditorias operacionais, focadas para avaliação da implantação da identificação segura do paciente por meio de pulseiras de identificação por impressão térmica, em todo o complexo hospitalar. Este é composto por: duas unidades médico-cirúrgicas para pacientes adultos (masculina e feminina), unidade de tratamento para queimados, unidade de moléstias infecciosas, unidade de pediatria, maternidade, pronto-socorro, unidade de cuidados intensivos (UTI) adulto 1 e 2, UTI pediátrica, UTI neonatal e unidade de cuidados intermediários neonatais (UCIN), totalizando doze unidades assistenciais.

A população de estudo compreende os pacientes internados nestas unidades acima descritas durante o período de coleta de dados. Os indivíduos foram selecionados aleatoriamente, sem agendamento prévio, durante as visitas de auditoria realizadas por seis graduandos do quarto ano do curso de Enfermagem, estagiários do serviço de Assessoria de Controle da Qualidade da Assistência de Enfermagem da instituição estudada, os quais foram capacitados previamente para a execução dos processos de auditoria utilizados no serviço.

A amostra foi composta por 3.853 pacientes, que foram observados e avaliados através de um roteiro estruturado, o qual avalia os seguintes itens: uso da presença da pulseira de

identificação por impressão térmica, a qualidade da impressão dos dados de identificação, a integridade do material da pulseira de identificação, a veracidade e conformidade nos dados de identificação utilizados na pulseira em comparação com o prontuário do paciente e a integridade da pele do paciente em contato com a pulseira de identificação, no que diz respeito a lesões tissulares, dermatites e edema local.

Para cada item que compõe o roteiro de avaliação existem três possibilidades de resposta, "Sim" – quando o critério de avaliação foi atendido; "Não" – quando a resposta ao critério foi negativa; e "Não se Aplica" – foi utilizado quando a avaliação do item não foi efetivada em razão do critério anterior ter sido respondido com "Não", por exemplo, se a resposta ao critério de avaliação "o paciente está com a pulseira de identificação?" foi "Não", os demais critérios de avaliação (qualidade e veracidade da impressão, integridade da pulseira e da pele do paciente) foram pontuados com "Não se Aplica".

Foram excluídos os pacientes em atendimento ambulatorial. Cabe aqui ressaltar que a metodologia de auditoria operacional utilizada adota visitas diárias de observação aos pacientes nas unidades, durante o período de coleta de dados, portanto, a depender da média de permanência, um mesmo paciente foi avaliado mais que uma vez, o que não compromete a qualidade dos dados e ou resultados, tendo em vista que a identificação segura deve ser garantida durante todo o período em que o paciente permanecer internado.

Ao final de cada procedimento avaliativo, o enfermeiro responsável pelo turno de trabalho foi informado sobre as não conformidades em relação aos itens avaliados, para as providências e correções necessárias.

Os dados foram tabulados em planilhas do programa Microsoft Excel for Windows 2010 e tratados mediante estatística descritiva, calculando-se as frequências relativas e percentuais simples (percentual de adequação ao padrão). O percentual de adequação foi obtido dividindo-se o total de "Sim" pela soma de "Sim" e "Não", excluindo-se desta forma as respostas "Não se Aplica".

Os preceitos da resolução 466/2012 foram respeitados, sendo o estudo autorizado pela instituição e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, CAAE 0224.0.268.000-11.26 e Parecer CEP 0258/2011. Todos os indivíduos e ou seus responsáveis

legais assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

O presente estudo verificou que, dos 3.853 pacientes avaliados/observados que assinaram o TCLE, 3.642 (94,5%) encontravam-se com a pulseira de identificação e 211 (5,5%) sem a pulseira. O percentual médio avaliado de adequação a cada um dos cinco critérios de avaliação, considerando todas as unidades assistenciais avaliadas, foi superior a 95%, como pode ser observado na Tabela 1.

Tabela 1 Percentual de adequação em relação à implantação do uso da pulseira de identificação do paciente em um hospital público de ensino, Londrina-PR-2017.

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	CTQ*	Maternidade	Pediatria	Pronto Socorro	Unidade de Internação*****	UTIP**	UTIN***	UTI****	Médio
	%	%	%	%	%	%	%	%	%
1. Paciente está com pulseira de identificação?	95,2	98,7	93,1	91,6	95,9	94,5	96,2	96,1	94,5
2. A pulseira possui os dados corretos?	100,0	99,1	99,3	98,3	98,8	97,1	98,7	99,0	98,8
3. A pulseira do paciente está íntegra?	100,0	98,5	95,9	98,4	98,2	97,1	99,6	98,4	98,3
4. A pulseira NÃO está apagada?	97,1	98,1	92,9	98,2	96,7	97,1	97,2	94,4	96,5
5. A pele do paciente próxima à pulseira encontra-se em boas condições?	100,0	99,1	98,0	98,4	98,6	97,1	100,0	98,2	98,7

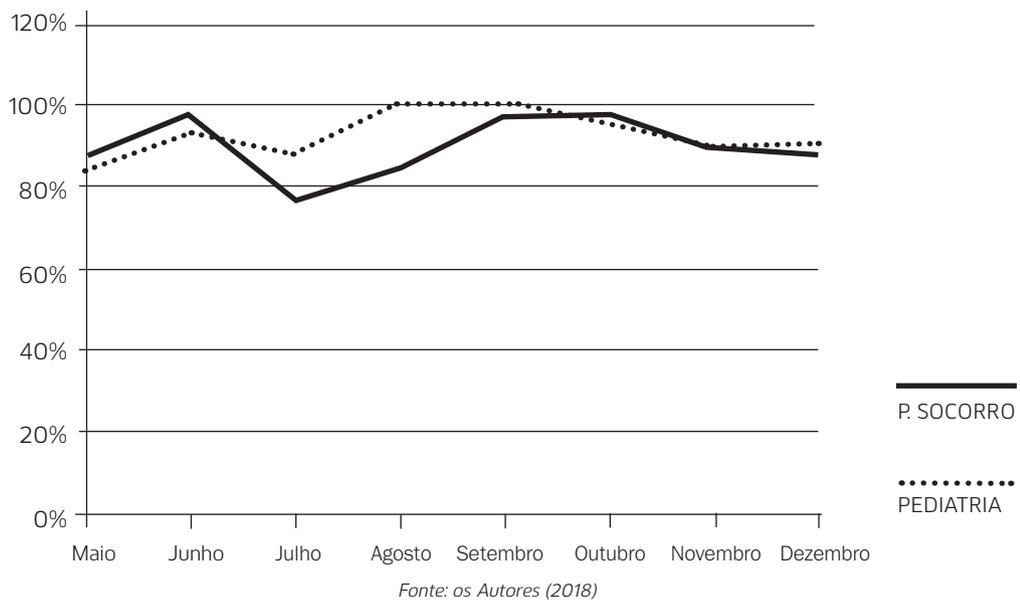
*Centro de Tratamento de Queimados, Unidade de Cuidados Intensivos Pediátrica**, Unidade de Cuidados Intensivos/Intermediários Neonatal***, Unidade de Cuidados Intensivos Adulto****, Unidades Masculina, Feminina e MI*****

Fonte: os Autores (2018)

Em relação aos pacientes observados sem a pulseira de identificação, 211 (5,5%), verificou-se que a maioria dos casos ocorreu na Unidade de Pronto Socorro (64 - 30,3%), seguido pela Unidade de Pediatria (22 - 10,4%), cujos percentuais de adequação ficaram em 91,6% e 93,1% respectivamente. Os demais pacientes sem pulseira de identificação (125 - 59,3%) estavam distribuídos nas outras unidades assistenciais avaliadas.

Cabe ressaltar que, ao analisar os dados relativos ao desempenho das duas unidades que obtiveram o maior percentual de pacientes sem pulseiras, é possível observar que a adesão ao uso da pulseira de identificação por impressão térmica melhorou progressivamente, ao longo do período de desenvolvimento do estudo, o que sugere um período de mudança cultural que favoreceu uma maior adesão ao protocolo institucional de identificação segura, conforme demonstrado pela Figura 1.

Figura 1 Distribuição do percentual mensal de adesão à utilização da pulseira de identificação do paciente nas unidades assistenciais do pronto-socorro e pediatria de um hospital público de ensino, Londrina-PR, 2017.



Entre as demais não conformidades encontradas no presente estudo, destacam-se os erros relacionados à legibilidade dos dados na pulseira de identificação do paciente presente em 122 casos, entretanto permitiu-se atingir percentual médio de 96,0% de conformidade no item. As informações apagadas ou com seus identificadores parcialmente completos

dificultaram a leitura e confirmação dos dados impressos, como o nome do paciente, nome da mãe, data de nascimento e o número do registro do paciente conforme protocolo da instituição, porém não impediu a confirmação de todas as informações, não prejudicando desta feita a avaliação dos demais critérios.

Os critérios de avaliação relativos à veracidade dos dados de identificação, integridade da pele do paciente e da pulseira de identificação obtiveram percentual médio de adequação de 98%. As não conformidades para estes critérios abarcaram 154 pacientes, dos quais 43 pulseiras continham informações não concordantes com os dados de identificação no prontuário do paciente, 62 pulseiras não mantinham intacta sua integridade física e 49 pacientes apresentavam dermatite na pele em contato com a pulseira de identificação, ou apresentavam edema no membro, o que determinava a necessidade da troca da pulseira, que deveria ser mantida afrouxada.

DISCUSSÃO

O "Protocolo de Identificação do Paciente" do Ministério da Saúde recomenda monitorar e padronizar a proporção de pacientes que utiliza pulseira¹². Em vista disso, com base no protocolo institucional, este estudo mostrou que o uso da pulseira de identificação está adequado, pois o percentual médio geral encontra-se acima de 90% dos pacientes. Apesar de o resultado demonstrar-se satisfatório, deve-se buscar constantemente a total adesão a esta diretriz de segurança por se tratar de uma etapa importante que antecede qualquer ação de cuidados¹¹.

Considerando a realidade das portas de entrada das instituições de saúde que se caracterizam pelo acúmulo de pessoas com as mais diversas necessidades de cuidados, resultando em superlotação e sobrecarga de trabalho, a identificação segura se torna ainda mais importante, pois o grande número de pacientes que permanecem em espera por atendimento, aguardando resultados de exames

ou a espera de um leito em corredores, macas e cadeiras, compromete a qualidade da atenção e aumenta os riscos de eventos adversos¹². Podemos justificar que mais da metade dos pacientes que não portavam a pulseira de identificação se encontravam em observação na Unidade do Pronto-Socorro da instituição estudada.

Reiterando a importância da identificação, a Organização Mundial da Saúde determina que ocorra desde o momento de sua admissão no serviço de saúde, através de método visual e automatizado, vinculando o paciente ao seu prontuário/documentação, visando minimizar a possibilidade de troca de dados de identificação de um paciente a outro⁸.

Corroborando com o exposto, autores afirmam que o processo de identificação de pacientes caracteriza uma tomada de decisão importante, que deve ocorrer no momento mais precoce possível, em especial aos pacientes de emergência, e chamam a atenção para o fato de que a identificação segura do paciente faz parte da consciência profissional¹³.

Por sua vez, a segunda unidade assistencial onde 6,9% dos pacientes estavam sem a pulseira de identificação foi a pediatria, unidade cuja população é de alto risco para incidentes, com características físicas e morfológicas específicas diferenciadas dos adultos e com desenvolvimento cognitivo, emocional e social complexo, e as crianças e neonatos carecem de uma atenção especial em relação à identificação segura¹⁴.

Na unidade de pediatria da instituição estudada, observou-se como não conformidade relacionada à identificação a presença de alguns dados incorretos, bem como a ausência da pulseira frequentemente devido à retirada

pelas próprias mães, que referiam que a pulseira estaria machucando, incomodando ou irritando a criança. Neste contexto é essencial a educação e conscientização dos responsáveis e/ou acompanhantes, para que estes participem de forma efetiva da terapêutica, compartilhando responsabilidades com a segurança do paciente, sendo um aliado da equipe de saúde, ao mesmo tempo atuando como agente fiscalizador e vigilante dos cuidados prestados¹⁵.

As consequências relacionadas às falhas na identificação do paciente podem ser irreversíveis e catastróficas. Os dados da Tabela 1 demonstram os percentuais mais baixos de uso de pulseiras de identificação nas unidades descritas (pronto-socorro e pediatria), porém, ao analisar os dados mês a mês, durante o período de desenvolvimento do estudo, foi possível constatar que estas unidades aumentaram progressivamente sua adesão ao protocolo institucional de identificação segura, inclusive tendo a unidade de pediatria atingido, nos meses de agosto e setembro, a meta de 100% de pacientes identificados (relatório institucional).

A cristalização da cultura de segurança do paciente é condição fundamental para a manutenção da constância de propósito e os achados do presente estudo, embora satisfatórios, coadunam com outras pesquisas desenvolvidas, que detectaram que ainda não existe uma cultura de valorização quanto à correta identificação do paciente mediante o uso da pulseira, predispondo ao risco de incidentes¹⁶.

Cabe salientar que para a instituição estudada, o uso da pulseira é extremamente importante e o primeiro passo em prol da segurança relacionada à identificação, porém, de nada adianta não checar os dados contidos na pulseira antes da prestação dos cuidados.

Neste sentido, autores afirmam que a prática da verificação das pulseiras do paciente antes da prestação do cuidado acaba sendo negligenciada pelos profissionais de saúde e seus usuários. Mesmo com as medidas de padronização, disseminação do conhecimento, educação e sensibilização dos profissionais de saúde sobre a identificação do paciente, a prática de valorização inequívoca encontra-se fragilizada, não sendo reconhecida como elemento essencial no campo do cuidado seguro, apesar da elevada proporção de eventos adversos e erros constatados na assistência à saúde¹⁷.

Considerando que as não conformidades relacionadas à integridade da pulseira do paciente, dados em desacordo ou apagados, aumentam o risco de incidentes exponencialmente, verificasse no presente estudo que o maior percentual médio de não conformidade foi de 3,5%, o que permite ser considerado pequeno ao ser comparado com um estudo internacional, que constatou percentuais entre 6,8% e 9,1% de pulseiras, com respectivos achados: informações erradas, ilegíveis e informações apagadas¹⁸.

No que se refere aos requisitos mínimos para uma pulseira de identificação de qualidade, o Ministério da Saúde determina que esta deve ser de tamanho adequado, que favoreça o conforto e seja segura, levando em consideração o perfil dos pacientes, em especial recém-nascidos, crianças, obesos e condições clínicas desfavoráveis; deve ser feita de material anti-alergênico, flexível, impermeável e lavável; ser durável de fácil limpeza, ser resistente a fluidos corporais, sabões, soluções alcoólicas e inviolável; deve ser de cor branca para facilitar a leitura, com espaço suficiente para gravar os identificadores completos e inequívocos. Quanto à impressão, deve ser realizada por meio eletrônico¹⁹.

Neste contexto é importante ressaltar que o preenchimento correto de todos os dados do paciente e a nitidez da impressão das informações na pulseira são imprescindíveis para não ocorrer erros durante o processo do cuidar²⁰. A qualidade do material e da impressão nas pulseiras de identificação são características de extrema importância para os gestores em saúde, como subsídio técnico para a não aquisição de material de qualidade duvidosa.

CONCLUSÃO

Este estudo permitiu avaliar a adesão por parte da equipe de saúde ao uso da pulseira de identificação em pacientes internados em diferentes unidades assistenciais e atendidos na unidade de pronto-socorro de um hospital público de ensino. Os resultados demonstraram a adequação desta meta de segurança do paciente na instituição, podendo-se afirmar que esta prática foi consolidada enquanto estratégia gerencial de melhoria da qualidade da assistência.

A implantação efetiva desta prática foi evidenciada pelo percentual de pacientes com pulseiras de identificação; e a conformidade das pulseiras com o protocolo da instituição.

Identificaram-se unidades que ainda merecem investimentos em estratégias educativas para alcançarem melhor desempenho em relação ao uso da pulseira de identificação. Porém, ressalta-se a importância de envolver o familiar/acompanhante nesta responsabilidade, tendo em vista a identificação segura do paciente para a prevenção de incidentes.

Constatou-se que existe engajamento por parte da equipe de saúde da instituição no que diz respeito ao uso da pulseira de identificação

do paciente, porém, o desenvolvimento deste estudo suscita a realização de pesquisas futuras para avaliar a conferência dos dados contidos na pulseira de identificação, antes da prestação dos cuidados.

Os resultados encontrados no estudo têm o potencial de contribuir significativamente na gestão da instituição estudada, pois auxiliam na identificação das potencialidades e fragilidades do processo de identificação do paciente, possibilitando o planejamento de ações que visem à revisão das etapas de identificação junto à equipe de saúde. A implementação de programas de educação continuada com a finalidade de sensibilizar e incentivar os profissionais quanto à necessidade de permanecerem envolvidos no processo, bem como a conscientização dos pacientes e seus familiares sobre a importância dessa prática para a sua segurança, fortalecem a busca da consolidação da cultura de segurança na instituição.

Entretanto, manter a constância de propósito da cultura de segurança tem sido um desafio institucional, em busca do patamar da proatividade.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira RM, Leitão IMTA, Silva LMS, Figueiredo SV, Sampaio RL, Gondim MM. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. Esc. Anna Nery [Internet]. 2014 [citado 2018 jul 10]; 18 (1): 122-129. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n1/1414-8145-ean-18-01-0122.pdf>.
2. Hemesath MP, Santos HB, Torelly EMS, Barbosa AS, Magalhães AMM. Educational strategies to improve adherence to patient identification. Rev Gaúcha Enferm. [internet]. 2015 [citado 2018 ago 10]; 36(4):43-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rngen/v36n4/1983-1447-rngen-36-04-00043.pdf>
3. Souza FT, Garcia MC, Rangel PPS, Rocha PK. Percepção da enfermagem sobre os fatores de risco que envolve a segurança do paciente pediátrico. Rev Enferm UFSM [internet]. 2014 [citado 2018 ago 12]; Jan/Mar; 4(1): 152-162. Disponível em: <file:///C:/Users/dagmar/Downloads/8781-64606-1-PB.pdf>.

4. OMS. Organização Mundial de Saúde. Estrutura conceitual da classificação internacional sobre segurança do doente [Internet]. Lisboa: OMS;2011. Disponível em: <file:///C:/Users/DOCUMENTOS/Downloads/i015730.pdf>.
5. Brasil. Ministério da Saúde – Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente – Brasília 2014 – [citado 2018 ago 10]; Disponível: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf
6. Needleman J, Buerhaus P, Pankratz VS, Leibson CL, Stevens S, Harris M. Nurse staffing and inpatient hospital mortality. *New Engl J Med*. 2011;364(11):1037-45.
7. Curran CR, Totten MK. Governing for improved quality and patient safety. *Nurs Econ*. 2011;29(1):38-41.
8. World Health Organization. Joint Commission Resources. Joint Commission International. Patient Safety Solutions. Solution 2: patient identification [Internet]. Genebra; 2007 [citado em: 30 maio 2018]. Disponível em: <http://www.jointcommissioninternational.org/WHO-Collaborating-Centre-for-Patient-Safety-Solutions>.
9. Norris B, Ranger C. Standardising Wristbands Improves Patient Safety: guidance on implementing the safer practice notice (SPN 24, July 2007) and the related information stands approved by the Information Standards Board for Health and Social Care in March 2009 [Internet]. London: National Patient Safety Agency; 2009 [citado 20 jul 2018]. Disponível em: <http://www.npsa.nhs.uk/EasySiteeeeb/getresource.axd?AssetID=57989&type=Full&serVICetype=Attachmen>.
10. Consórcio Brasileiro de Acreditação, Joint Commission International. Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais [internet]. Rio de Janeiro: JCI; 2007 [citado 15 ago 2018]. Disponível em: https://www.jcrinc.com/assets/1/14/EBJCIH14B_Sample_Pages.pdf.
11. Hoffmeister LV, Moura GMSS. Uso de pulseiras de identificação em pacientes internados em um hospital universitário. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* jan.-fev 2015;23(1):36-43.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo de Identificação do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [citado em: 12 ago 2018]. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancado-paciente/index.php/publicacoes/item/identificacao-do-paciente>.
13. Smith, AF, Casey K, Wilson J; Fischbacher-Smith D. Wristbands as aids to reduce misidentification: an ethnographically guided task analysis. *Int J Qual Health Care*. 2011; 23(5):590-9.
14. Porto TP, Rocha PK, Lessmann JC, Souza S, Kretzer L, Anders JC Identificação do Paciente em Unidade Pediátrica: Uma questão de segurança. *Rev. Soc. Bras.[internet] Enferm. Ped*. 2011; 11(2): 67-74. [citado em: 25 ago 2018]. Disponível em: http://www.sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol11-n2/v.11_n2-art1.a-identificacao-do-paciente.pdf.
15. Wegner W, Pedro ENR. A segurança do paciente nas circunstâncias de cuidado: prevenção de eventos adversos na hospitalização infantil. *Rev. latino-am. enferm.[internet]*. 2012; 20 (3): 427-434. [citado em: 10 ago 2018]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt_a02v20n3.pdf.
16. Santos CM, Caregnato RCA, Moraes CS. Surgical Team: Adherence To Goal One To a Safe Surgery. *Rev. SOBECC, São Paulo. out./dez. - [internet]* 2013; 18(4): 47-56 [citado em 28 ago 2018]. Disponível em: http://sobecc.org.br/arquivos/artigos/2014/pdfs/revisao-leitura/Ano18_n4_out_dezet2013-9.pdf.
17. Tase TH, Lourenção DCA, Bianchini SM, Tronchin DMR. Patient identification in healthcare organizations: an emerging debate. *Rev Gaúcha Enferm. [internet]* 2013;34(2):196-200 [citado em: 28 ago 2018]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rgefn/v34n3/en_a25v34n3.pdf.
18. Howanitz PJ, Renner SW, Walsh MK. Continuous Wristband Monitoring Over 2 Years Decreases Identification Errors. A College of American Pathologists Q-Tracks Study. *Arch Pathol Lab Med*. 2002;126: 809-15.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. Anexo 2: Protocolo de identificação do Paciente. Ministério da Saúde/ Anvisa/ Fiocruz, 2013. [citado em: 30 ago 2018]. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/0SEGURANCA_DO_PACIENTE/portaria_2095_2013.pdf.
20. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. Estratégias para a segurança do paciente: manual para profissionais da saúde. Porto Alegre: Edipucrs; 2013. [citado em: 23 set 2018]. Disponível em: https://www.rebraensp.com.br/images/publicacoes/manual_seguranca_paciente.pdf.

COMISSÃO INTERNA DE NEAR MISS MATERNO EM UM HOSPITAL DA REDE MÃE PARANAENSE NO SUDOESTE DO PARANÁ: IMPLANTAÇÃO, DESAFIOS E PERSPECTIVAS

Internal Committee of Maternal Near Miss in a hospital of the network "Mãe Paranaense" in the southwest of the state of Paraná: implementation, challenges and perspectives

Silvana Aparecida Turatto Longhi¹, Olga Laura Giraldi Peterlini²

1. Enfermeira e Nutricionista. Graduada em Enfermagem e Nutrição pela FADEP. Pato Branco/PR. Especialista em Enfermagem de Urgência e Emergência pelo ESAP. Pato Branco/PR; Especialista em Cuidados Intensivos Neonatais e Pediatria pelo IEPPP – Pequeno Príncipe. Curitiba/PR; Especialista em Nutrição Materno-Infantil, IPGS. Curitiba/PR e Especialista em Gestão Hospitalar – HOSPSUS, ESPP-2018. Curitiba/PR.
2. Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Chefe da divisão de Ensino Superior da Escola de Saúde Pública do Paraná-2018. Diretora de Educação da ABEn-PR – 2017-2019.

CONTATO: Silvana Aparecida Turatto Longhi | Rua Pedro Ramires de Mello, nº 21 | Pato Branco - Paraná | CEP: 85.501-250 | e-mail: silvanatlonghi@gmail.com

COMO CITAR Longhi SAT, Peterlini OLG. Comissão interna de near miss materno em um hospital da Rede Mãe Paranaense no sudoeste do Paraná: implantação, desafios e perspectivas R. Saúde Públ. Paraná. 2019 Jul;2(Suppl 1): 21-30.



COPYRIGHT Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

RESUMO A análise das mortes maternas é fundamental para a compreensão do processo do cuidado obstétrico oferecido pelos serviços de saúde, identificar os problemas existentes durante este cuidado e adotar medidas e ações que possam minimizar estas ocorrências. Dentre as diversas iniciativas para reduzir a mortalidade materna, uma destas está no acompanhamento de casos de mulheres que quase morreram conceituado como Near Miss. É conhecido que para cada caso de morte materna, um maior número de mulheres sobrevive a complicações graves, podendo apresentar sequelas permanentes e recém-natos também podem apresentar alta morbimortalidade. Deste modo, o objetivo deste relato de experiência é descrever a implantação, os desafios e as perspectivas na constituição da Comissão Interna de Near Miss Materno em um hospital de referência em Gestação de Alto Risco localizado no Sudoeste do Paraná.

PALAVRAS-CHAVE: Near Miss. Morte Materna. Gravidez de Alto Risco. Complicações na Gravidez.

ABSTRACT The analysis of maternal deaths is fundamental to understand the obstetric care process provided by health services, to identify the problems emerging during this care, and to adopt measures and actions that can minimize these occurrences. Among the various initiatives to reduce maternal mortality, one of these is in the follow-up of cases of women who almost died, the so-called Near Miss. It is known that for each case of maternal death, a greater number of women survive serious complications, and may present permanent sequelae, with the possibility of newborns also presenting high morbidity and mortality. Thus, the objective of this experience report is to describe the implementation, challenges and perspectives in the constitution of the Internal Committee of Maternal Near Miss in a reference hospital for High-Risk Pregnancy located in Southwestern Paraná.

KEYWORDS: Near Miss. Maternal Death. Pregnancy, High-Risk. Pregnancy Complications.

INTRODUÇÃO

A gestação é um fenômeno fisiológico e, por isso mesmo, sua evolução se dá na maior parte dos casos sem intercorrências. Apesar desse fato, há uma parcela pequena de gestantes que, por serem portadoras de alguma doença, sofrerem algum agravo ou desenvolverem problemas, apresentam maiores probabilidades de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe¹.

A morte materna é evento trágico que acomete a mulher durante o processo fisiológico da reprodução e trata-se de um indicador da qualidade da assistência prestada nesta fase da vida da mulher. A análise da morte materna é fundamental para compreender o processo do cuidado obstétrico oferecido pelos serviços de saúde, identificar os problemas existentes durante este cuidado e adotar medidas e ações que possam minimizar estas ocorrências^{3,4}.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que em 2010 cerca de 287 mil mulheres no mundo morreram durante a gestação e o parto. Esse número representa um declínio de 47% em relação aos níveis encontrados em 1990, mas ficou muito distante da 5ª meta dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio de redução de 75% das mortes maternas até 2015. A maior parte destas mortes está concentrada nos países em desenvolvimento e decorrem da falta de acesso a cuidados de rotina adequados e cuidados de emergência quando necessários³⁻⁵.

A Organização Pan-Americana da Saúde e Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) considera como baixa uma Razão de Mortalidade Materna (RMM) menor que 20 mortes por 100.000 Nascidos Vivos (NV). Esta razão reflete a qualidade de atenção à saúde da mulher, e taxas elevadas estão associadas à insatisfatória prestação de serviços de saúde, desde o planejamento familiar e assistência pré-natal até a assistência ao parto e puerpério⁶.

No Paraná esta realidade não é diferente, pois apesar do declínio evidenciado após 2012, com a implantação da Rede Mãe Paranaense, a mortalidade materna ainda é preocupante, com uma razão de 20,3% no ano de 2017⁶.

Dentre as diversas iniciativas para garantir esta redução o Paraná vem adotando medidas, e uma delas está no acompanhamento de casos de mulheres que quase morreram conhecido como Near Miss, onde para cada caso de morte materna, um maior número de mulheres sobrevive a complicações graves, podendo apresentar sequelas permanentes e recém-natos também podem apresentar alta morbimortalidade⁶.

As mulheres que sobrevivem a complicações graves da gravidez, parto e pós-parto têm muitos aspectos em comum com aquelas que

morrem destas mesmas complicações, o que caracteriza o conceito de Near Miss materno. A auditoria nos casos de quase morte materno tem sido considerada uma iniciativa proveitosa para melhorar o cuidado materno^{3,4}.

Os casos de Near Miss materno são mais frequentes que a morte materna, permitindo análises mais robustas acerca dos problemas e obstáculos da assistência prestada à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal, a identificação dos casos de quase morte materno emerge como uma promissora estratégia alternativa e complementar para redução das mortes³.

Segundo a OMS, o Brasil é um dos países que apresentou considerável declínio da mortalidade materna entre 1990 e 2010, contudo esta tendência de queda desacelerou a partir de 2001, porém não existem estudos de base populacional sobre a incidência do Near Miss materno no Brasil, e conhecer esse dado e as características das mulheres que experimentaram esses agravos pode ajudar a melhorar a qualidade da assistência materna, em especial as urgências obstétricas e reduzir os óbitos maternos³.

Sendo assim, o objetivo deste relato de experiência é descrever a implantação, os desafios e as perspectivas na constituição da Comissão Interna de Near Miss Materno em um hospital referência em Gestação de Alto Risco localizado no Sudoeste do Paraná.

DESCRIÇÃO DO CENÁRIO

O hospital em questão está localizado em um município na região Sudoeste do

Paraná, pertencente à 7ª Regional de Saúde, com população de aproximadamente 260 mil habitantes, e é um hospital privado, porém institucionalizado desde novembro de 2014.

Atualmente possui 123 leitos, sendo 10 de CTI – Centro de Terapia Intensiva Adulto, 10 leitos de CTI Neonatal e Pediátrica, 09 leitos de pré-parto, 02 salas de parto e 01 sala de cesárea de emergência, além de Centro Cirúrgico modernizado com 06 salas e Alojamento Conjunto com 20 leitos.

Atua na Rede Mãe Paranaense como referência para Gestaçã de Alto Risco para 22 municípios e a todos os nascimentos de Risco habitual e Risco Intermediário do próprio município. Possui ambulatório de gestaçã de alto risco onde atua uma equipe multiprofissional com Médicos, Enfermeiros, Nutricionista, Farmacêutica, Assistente Social e Psicóloga.

São realizados em média 200 partos/mês, sendo a taxa de partos normais de 49% e de cesariana de 51%. A taxa de atendimentos a gestante de alto risco chega a 40%. Possui título de Hospital Amigo da Criança desde julho de 2003, e preza por uma política interna de proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno, através de equipe qualificada e capacitada.

REVISÃO DE LITERATURA

A gestaçã é um fenômeno fisiológico e, por isso mesmo, sua evoluçã se dá na maior parte dos casos sem intercorrências. Apesar desse fato, há uma parcela pequena de gestantes

que, por serem portadoras de alguma doença, sofrerem algum agravo ou desenvolverem problemas, apresentam maiores probabilidades de evoluçã desfavorável, tanto para o feto como para a mãe¹.

A morte materna é evento trágico que acomete a mulher durante o processo fisiológico da reproduçã e trata-se de um indicador da qualidade da assistêcia prestada nesta fase da vida da mulher, porém está inversamente associada ao grau de desenvolvimento humano².

A Organizaçã Mundial de Saúde (OMS), no ano de 1994 durante a 10ª revisã da Classificaçã Internacional de Doenças (CID-10), definiu morte materna como "a morte de mulheres durante a gestaçã ou dentro de um período de 42 dias após o término da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relaçã a ela, porém não devido a causas acidentais ou incidentais". Esta definiçã é aceita pelas associações de ginecologia e obstetrícia, internacionais e nacionais, entre elas, a International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) e a Federaçã Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO)⁷.

Para os conceitos relacionados, o Manual dos Comitês de Morte Materna do Ministério da Saúde, estabeleceu algumas definições: Morte materna obstétrica - decorrente de causas obstétricas diretas e indiretas. Morte materna obstétrica direta é aquela que ocorre por complicações obstétricas, durante gravidez, parto ou puerpério, relacionadas a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos, resultantes de qualquer uma dessas causas⁸. Morte materna obstétrica indireta é aquela resultante de doenças que existiam antes

da gestação ou que se desenvolveram durante esse período, não provocadas por causas obstétricas diretas, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez⁸. Morte materna tardia - a morte de uma mulher, resultante de causas obstétricas diretas ou indiretas, que ocorre num período superior a 42 dias e inferior a um ano após o término da gravidez. A morte materna tardia não é considerada no cálculo da Razão da Mortalidade Materna. Morte relacionada à gravidez - é a morte de uma mulher durante o período gestacional ou até 42 dias após o término da gravidez, qualquer que tenha sido a causa do óbito. Corresponde, portanto, à soma total das Mortes Obstétricas e Não Obstétricas⁸.

Para o cálculo relacionado à Razão de Mortalidade Materna (RMM) – são consideradas apenas as mortes maternas obstétricas diretas e indiretas relacionadas com o número de nascidos vivos e multiplicado por 100.000³.

A análise das mortes maternas é fundamental para compreender o processo do cuidado obstétrico oferecido pelos serviços de saúde, identificar os problemas existentes durante este cuidado e adotar medidas e ações que possam minimizar estas ocorrências^{3,4}.

Dentre as ações para a redução da morte materna está o planejamento familiar, que pode determinar a queda dos níveis de gravidez indesejada, além de reduzir o número de filhos e aumentar o intervalo entre as gestações⁹.

A falta de acesso à contracepção e a confiança no aleitamento materno como método contraceptivo estão entre os fatores que contribuem para o aumento das gestações indesejadas. Portanto, um serviço de planejamento familiar com qualidade, abrangendo homens e mulheres, onde todos os métodos sejam oferecidos e os usuários devidamente

orientados sobre os seus efeitos colaterais, podem ser de grande valia para a redução da morte materna e infantil⁹.

No terceiro trimestre da gravidez, período que apresenta um risco aumentado para as complicações, há necessidade de uma vigilância mais assídua, com redução do intervalo entre as consultas, mesmo em gestações de baixo risco e independentemente das condições fetais⁹.

Especialmente nos países em desenvolvimento, o perfil destas mulheres e as causas envolvidas para os agravos são semelhantes aos daquelas que evoluíram para o óbito materno. Assim, justifica-se a validade de estudar estes casos de quase morte, e planejar melhor as ações na saúde da mulher, para a melhoria da assistência obstétrica e redução da mortalidade materna. Assim, a aplicação destes novos conceitos e a identificação destes casos auxiliam a definir estratégias importantes na prevenção da mortalidade materna⁹.

No Paraná foi instituída desde 2012 a estratificação de risco das gestantes em risco habitual, risco intermediário e alto risco, onde é definida a vinculação ao pré-natal e ao hospital para o atendimento de todas as necessidades e intercorrências que poderão vir a ocorrer durante a gestação ou parto, e que contribuirão para a redução da mortalidade materna e para a qualidade da atenção prestada a mesma^{6,10}.

Estão definidos os atendimentos para risco habitual às gestantes que não apresentam fatores de risco individual, sociodemográficos, de história reprodutiva anterior, de doença ou agravo^{6,10}.

Para os atendimentos ao risco intermediário estão vinculadas todas as gestantes que apresentam fatores de risco relacionados às características individuais (raça, etnia e idade),

sociodemográficos (escolaridade) e de história reprodutiva anterior, relacionadas a seguir (gestantes negras ou indígenas; gestantes analfabetas ou com menos de 3 anos de estudo; gestantes com mais de 40 anos; gestantes com histórico de óbito em gestação anterior (aborto, natimorto ou óbito)^{6,10}.

E para os atendimentos de alto risco estão vinculadas as gestantes que apresentam doenças prévias à gestação atual (Hipertensão arterial em tratamento, Dependência de drogas ilícitas, Cardiopatias em tratamento e/ou em acompanhamento, Pneumopatias em tratamento, Nefropatias em tratamento e/ou em acompanhamento, Diabetes, Hipertireoidismo, Má-formação útero/vaginal, Epilepsia, Hemopatias (exceto anemia leve e moderada, fisiológica da gestação), Doenças Infecciosas, Doenças autoimunes, Cirurgia útero/vaginal prévia (fora da gestação), Hipotireoidismo (T4L alterado ou paciente em tratamento), Neoplasias, Obesidade Mórbida, Cirurgia Bariátrica (com menos de 2 anos pós-operatório), Psicose e depressão grave, Dependência de drogas lícitas (tabagismo/alcoolismo) com intercorrências clínicas ou outro fator de risco materno/fetal) e intercorrências clínicas na gestação atual (Doenças infectocontagiosas vividas durante a gestação atual, infecção de repetição do trato urinário, doenças do trato respiratório, rubéola, HIV, toxoplasmose, sífilis, infecção por Zika Vírus, gripe por influenza, hepatites virais, outras arboviroses com repercussão fetal), Síndrome Hipertensiva na gestação atual, Gestação gemelar, Isoimunização Rh, Diabetes mellitus gestacional, Retardo do crescimento intraútero (peso fetal estimado abaixo do percentil 10), Trabalho de parto prematuro, Amniorrexe prematuro (abaixo de 37 semanas de gestação),

Placenta prévia, Sangramento de origem uterina, Má-formação fetal e Mudança abrupta na curva de IMC^{6,10}.

As gestantes mais suscetíveis a apresentar intercorrências clínicas durante a gestação ou o parto são as gestantes estratificadas com risco intermediário e alto risco¹¹.

Em 1990, a RMM no Paraná foi de 90,5/100.000 NV, em dez anos caiu para 68,1/100.000 NV em 2000, o que representou uma redução de 25%. No período de 2001 a 2010, a RMM no Paraná foi de 65,3/100.000 NV para 5,1/100.000 NV, indicando uma diminuição inexpressiva de apenas 0,3%, em uma década. Já no período de 2011 a 2017, o indicador de 51,7/100.000 NV passou a 20,3/100.000 NV, o que representa uma redução de 39% em seis anos, já tendo ultrapassado os índices de declínio de RMM das duas últimas décadas, sendo o menor coeficiente dos últimos 20 anos⁶.

Ao analisar esses óbitos, verificou-se um alto percentual de evitabilidade no período entre 2011 e 2016, em média 84,3% dos casos. Sendo que 71% desses óbitos eram atribuídos à atenção pré-natal, puerpério e assistência hospitalar; 23% relacionados a causas sociais e 6% ao planejamento familiar e outros⁶.

As causas mais frequentes de óbito materno são as obstétricas diretas, aproximadamente 64% entre 2011 e 2016, destas a Síndrome Hipertensiva (46%) e Hemorragias (54%), e representam 68% das mortes maternas registradas. Já a infecção puerperal é a terceira principal causa de mortalidade materna⁶.

A média anual de ocorrência de Síndrome Hipertensiva, no período entre 2011 e 2016, quando comparado com o ano de 2017, apresentou uma redução de 24%. Já as

hemorragias tiveram uma redução em 2017 de 32%⁶.

Entre os anos de 2011 e 2016 as mortes obstétricas indiretas representaram 30,6% do total de óbitos maternos. Destas, 37,4% são causas provenientes do aparelho circulatório e 15,3% do aparelho respiratório. Já a média de mortes por causas obstétricas indiretas no período de 2011 a 2016 foi de 22 óbitos, e em 2017 representaram 10 óbitos⁶.

Esta análise nos remete à necessidade de investimento contínuo em educação permanente dos profissionais voltados para o atendimento integral à saúde das mulheres e na utilização adequada dos protocolos clínicos disponíveis^{6,9,11}.

O conceito de morbidade materna aguda grave ou Near Miss é relativamente recente, e não havia consenso sobre o critério operacional mais adequado. Esta controvérsia podia ser em parte atribuída ao amplo espectro de gravidade clínica: de um lado, a gravidez saudável; do outro, o óbito materno, sendo difícil determinar o ponto a partir do qual se caracteriza a morbidade materna grave/Near Miss¹².

Morbidade materna grave ou Near Miss refere-se às mulheres que apresentaram uma complicação grave durante a gestação, o parto ou até 42 dias de puerpério, porém sobreviveram, por sorte ou pelos cuidados prestado¹³.

O Near Miss materno ocorre em número muito maior do que as mortes maternas, o seu estudo permite uma quantificação mais robusta e uma conclusão sobre os fatores de risco e determinantes da vida. Vários estudos têm sugerido que a identificação de fatores de risco de grave morbidade pode contribuir para a redução da MM, verificando os fatores que são modificáveis por intervenções médicas e de

saúde públicas adequadas^{13,14}.

Visando à padronização internacional dos critérios definidores do Near Miss materno, em 2009 a OMS propôs uma nova classificação, utilizando 25 critérios baseados na presença de disfunção de órgãos e sistemas cardiológico, respiratório, renal, hepático, neurológico, uterino e de coagulação³.

O Estado do Paraná propõe três objetivos para investigação e monitoramento dos casos de Near Miss materno: identificar quais as ações que podem ser aprimoradas no contexto do serviço hospitalar para qualificar a assistência, identificar falhas na rede assistencial (pública ou privada) que devem ser corrigidas para evitar novos desfechos graves e monitorar e avaliar os casos notificados para identificar padrões regionais, que podem ser enfrentados a partir de políticas e/ou intervenções públicas específicas⁶.

O formulário para notificação dos casos de Near Miss contém os seguintes itens: dados da instituição; dados da paciente (nome, data de nascimento, data da internação); estratificação de risco na admissão; em que condições clínicas o agravamento ocorreu; estratificação de risco no pré-natal; condições de transporte; condições maternas pré-existent, disfunções orgânicas; complicações durante a internação; medicações utilizadas; intervenções críticas; desfecho do parto ou gestação; tipo de alta; data da alta ou óbito; principal causa de hemorragia no pós-parto; condições preexistentes relacionadas à hemorragia pós-parto; condições intraparto; manejo ativo; tratamento da hemorragia pós-parto; utilização de hemocomponente; Síndromes Hipertensivas; fatores de risco para Pré-Eclâmpsia ou Eclâmpsia; tratamento utilizado na Pré-Eclâmpsia ou Eclâmpsia; prevenção de

infecções; condições do recém-nascido; medidas adotadas para os novos casos⁶.

O monitoramento e a avaliação dos casos de Near Miss materno trazem informações que auxiliam o gestor para o fortalecimento de políticas públicas, educação permanente em saúde, gerenciamento de recursos e o estabelecimento de fluxos e referências que correspondem à realidade regional e/ou estadual^{6,14}.

E o encaminhamento da gestante ao hospital mais adequado para o atendimento de intercorrências e a realização do parto de modo seguro, e o mais natural possível, são outras ações que tiveram muito impacto na redução da mortalidade materna e infantil nesse período⁶.

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Inicialmente os Enfermeiros do hospital foram capacitados pela 7ª Regional da Saúde, onde tiveram o primeiro contato com o formulário para investigação e o Manual do Near Miss, da Secretaria do Estado de Saúde – SESA, e também foi apresentado o Sistema on-line para inclusão mensal dos dados da instituição onde há um formulário mais completo que analisa item a item.

No Hospital, a primeira iniciativa foi nomear uma coordenadora e uma secretária para o processo de organização destes documentos (formulários e indicadores) necessários para a operacionalização da Comissão Interna de Near Miss Materno.

A fase de identificação dos casos é realizada por meio do formulário específico, que permanece à disposição para a equipe que atua no Centro

Obstétrico e Alojamento Conjunto. A identificação dos casos é realizada pelo Obstetra, Residentes de Ginecologia e Obstetrícia e pela Enfermeira Obstétrica.

Este formulário já preenchido é depositado em uma pasta identificada como Near Miss Materno, localizada na Sala da Coordenação, para a segunda fase que é a análise de todos os dados apontados e prontuários físicos, realizada pela Coordenadora e secretária da comissão, para seguir depois para a análise da Comissão propriamente dita.

A Comissão Interna de Near Miss Materno foi formada após esta capacitação e também visto a necessidade de estudar os casos de Near Miss, buscando a melhoria da assistência prestada e a atenção no manejo através do acompanhamento e evolução clínica da gestante ou puerpera.

A implementação se deu oficialmente pela publicação do Ato de Nomeação em 05 de maio de 2018, que instituiu a equipe multiprofissional a qual também compõe a Comissão de Investigação de Óbito Materno-Infantil.

A terceira fase é a reunião da Comissão, realizada conforme cronograma preestabelecido e com a participação dos seguintes membros: Enfermeiros provenientes do Centro Obstétrico, Ambulatório de Gestação de Alto Risco, Alojamento Conjunto, CTI Neonatal e Pronto-Socorro, Médico Obstetra, Médico Intensivista Adulto, Médico Pediatra e Farmacêutico.

Nesta reunião, os casos são analisados com a presença de todos os participantes membros da Comissão, faz-se a ata e os dados encontrados geram informações que são multiplicadas para as equipes do próprio hospital e de outros pontos assistenciais, como a Atenção Primária.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A instituição da Comissão foi uma experiência exitosa, pois identificamos pontos que podem ser previstos nos atendimentos às gestantes e puérperas, possibilitando ações de evitabilidade de agravamento da gestante e consequentemente de morte materna.

Dentre todas as etapas para a implantação da Comissão e continuidade das análises, a maior dificuldade foi a identificação dos casos pelos profissionais, pois o Near Miss Materno apresenta muitos critérios de inclusão, porém com o passar dos meses os profissionais envolvidos discutem os casos, coletam dados, e a experiência de cada um tornou-se valiosa no grande grupo ampliando o conhecimento e capacidade investigativa de cada um.

Todo este processo possibilitou à equipe maior segurança para atuar preventivamente nos sinais clínicos e melhor qualidade da assistência prestada, como no caso da ampliação do número de visitas médicas às gestantes e puérperas internadas, pois anteriormente tínhamos somente a visita pela manhã, porém depois deste processo incluiu-se a visita também no período da tarde, onde são verificados exames e alterações clínicas, possibilitando intervenção imediata e prevenção de intercorrências clínicas e houve também revisão do quadro clínico das gestantes para confirmação de alta hospitalar.

Também foi implantado o Plano de Cuidados para a alta hospitalar, possibilitando que haja continuidade da assistência na atenção primária e para que mesmo a gestante possa identificar alterações e procure atendimento médico o mais breve possível, tanto na atenção primária quanto diretamente no hospital, pois mantemos porta aberta para o atendimento a ela.

Além de todas estas medidas, para as gestantes que realizaram acompanhamento de pré-natal no Ambulatório de Gestação de Alto Risco, foi implantado o Ambulatório de Retorno Puerperal para as puérperas que necessitavam de acompanhamento ou que apresentaram alguma intercorrência durante o parto ou cesárea; minimizando o risco de complicações, e, demora no atendimento por residirem em outros municípios.

Como a implantação desta Comissão foi positiva e gerou mudança nas condutas, foram apresentados na Regional de Saúde todos os dados analisados, como forma de promover a implantação da Comissão de Near Miss Materno em outras instituições da região.

REFERÊNCIAS

- 1 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de Alto Risco: Manual Técnico. Brasília: MS, 2010.
- 2 Guerreiro DD, Borges WD, Nunes HHM, Silva SCS, Maciel JP. Mortalidade materna relacionada à doença hipertensiva específica da gestação (DHEG) em uma maternidade no Pará. Revista Enfermagem UFSM. 2014;4(4):825-34.
- 3 Dias MAB et al. Incidência do Near miss materno no parto e pós-parto hospitalar: dados da pesquisa Nascer no Brasil. Rio de Janeiro; 2014.
- 4 Pattinson R. Near miss audit in obstetrics. Best Pract. Res Clin Obstet. Gynaecol: 2009; 23:285-286.
- 5 OMS. Organização Mundial da Saúde. CID-10: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. 8ª ed. São Paulo: EDUSP; 2000.
- 6 Paraná. Secretaria de Estado de Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. Linha Guia da Rede Mãe Paranaense, 2018.
- 7 Brasil. Ministério da Saúde (Brasil). Estudo da Mortalidade de Mulheres de 10 a 49 anos, com Ênfase na Mortalidade Materna. Relatório Final. Brasília, 2006.

8 Brasil. Ministério da Saúde. Manual dos Comitês de Morte Materna. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

9 Viana RC, Novaes MRCG, Calderon IMP. Mortalidade Materna – uma abordagem atualizada. *Com. Ciências Saúde*. 22 Sup. Brasília: 2011; 1:141-52.

10 Huçulak MC, Peterlini OLG. Rede Mãe Paranaense – Relato de Experiência. *Rev Esp para a Saúde*. Londrina: 2014, vol.15: 77-86.

11 Paraná. Secretaria de Estado de Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. Manual para a Gestão de Caso na Rede Mãe Paranaense, 2017.

12 Morse ML et al. Morbidade Materna Grave e Near Misses em Hospital de Referência Regional. *Rev Bras Epidemiol*. vol.14 no.2 São Paulo: 2011.

13 Souza MAC, Souza THSC, Gonçalves AKS. Fatores determinantes do Near miss materno em uma unidade de terapia intensiva obstétrica. *Rev. Bras Ginecologia e Obstetrícia*. Natal: 2015; pág. 498-504

14 Brasil. Ministério da Saúde. Gestão de Alto Risco – Manual Técnico. 5ª Edição. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília – DF: 2012.

ESTRATÉGIAS PARA A IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE EM UM HOSPITAL DE MÉDIO PORTE NO NOROESTE DO PARANÁ

Strategies for the implementation of the Patient Identification Protocol in a medium-sized hospital in the northwest of Paraná

Leticia Kruger Zocolotti Rebello¹, Franciele da Silva Quemel², Olga Laura Giraldo Peterlini³

1. Enfermeira especialista em Gestão Hospitalar, e enfermeira do escritório da qualidade Associação Beneficente de Saúde do Noroeste do Paraná – Norospar.
2. Mestre em biotecnologia; Farmacêutica da Associação Beneficente de Saúde do Noroeste do Paraná – Norospar; Especialista em Saúde Pública, em Farmácia Clínica e Hospitalar e Farmacologia com Interações Medicamentosas.
3. Enfermeira e Mestre em Enfermagem; Chefe da Divisão de Ensino Superior da Escola de Saúde Pública do Paraná - 2018. Diretora de Educação da ABEn-PR – 2017-2019.

CONTATO: Leticia Kruger Zocolotti Rebello | Rua José Dias Lopes 4504 | apto 104 | Bloco 2 | Cond. Solar das Palmeiras | CEP 87502-270 | Umuarama | Paraná | Email: lkzrebello@gmail.com

COMO CITAR Rebello LKZ, Quemel FS, Peterlini OLG. Estratégias para a implantação do protocolo de identificação do paciente em um hospital de médio porte no Noroeste do Paraná. R. Saúde Públ. Paraná. 2019 Jul.;2(Suppl 1): 31-37.



COPYRIGHT Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

RESUMO A segurança do paciente é componente fundamental na qualidade do cuidado em saúde e tema prioritário na agenda da Organização Mundial de Saúde (OMS). A Portaria Nº 2.095/2013 instituiu os Protocolos básicos de segurança do paciente, dentre eles de Identificação do paciente que corresponde à meta número um da

Política Nacional de Segurança ao Paciente, e o presente trabalho relata a experiência da implantação da identificação do paciente em um hospital de médio porte localizado em Umuarama, no noroeste do Paraná. Com a implantação do escritório da qualidade, os seis protocolos de segurança do paciente foram revisados e melhorados, dentre eles o Protocolo de Identificação, onde toda equipe da instituição foi capacitada sobre o que é, e a sua importância. Como resultados mostraram a redução do número de eventos adversos, principalmente os relacionados a medicamentos, sendo a primeira conquista do Núcleo de Segurança do Paciente-NSP desta instituição, recentemente implantado.

PALAVRAS-CHAVE: Segurança do paciente. Sistemas de Identificação de Pacientes . Gestão da Qualidade.

ABSTRACT Patient safety is a fundamental component in the quality of health care and a priority issue on the agenda of the World Health Organization (WHO). Ordinance N° 2.095/2013 dictates the basic protocols for patient safety, including the Protocol for the Identification of a patient, which is the first goal of the National Patient Safety Policy. The present study reports the experience of the implantation of patient identification in a medium-sized hospital in the city of Umuarama, in the northwest of the state of Paraná. With the formalization and creation of the Office for quality, the six patient safety protocols were revised and consequently improved, among them the Identification Protocol, with all the institution's team being trained on what this protocol is, and on its importance. The results showed a reduction in the number of adverse events, mainly those related to medication administration, being the first achievement of the Patient Safety Nucleus (NSP) of this institution, which has been recently implemented.

KEYWORDS: Patient Safety. Patient Identification Systems. Quality Management.

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente constitui um componente-chave para a qualidade assistencial nos últimos anos. Atualmente tem alcançado grande relevância diante das transformações no cenário moderno e competitivo dos sistemas de cuidados à saúde, decorrentes dos avanços científicos e tecnológicos nas áreas clínicas, ocorridos nas últimas seis décadas, da ampliação do acesso aos serviços de saúde e da difusão das informações em saúde no mundo globalizado¹.

No Brasil há relatos de que a primeira iniciativa realizada no sentido de melhorar a segurança do paciente na organização hospitalar tenha sido feita por Odair Pedrosa em 1935, ao idealizar uma ficha de inquérito hospitalar para a então comissão de Assistência Hospitalar do Ministério da Saúde².

Já em 2013 o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) através da Portaria Ministerial nº 529 de 2013, que tem por objetivo geral contribuir para

a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional promovendo e apoiando a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente³.

Outra Portaria de 2013 aprova os Protocolos básicos de segurança do paciente, dentre eles o Protocolo de Identificação do paciente que corresponde à meta número 1 do PNSP⁴.

Alguns autores afirmam que a importância da identificação do paciente para a segurança nos serviços de saúde decorre não só do potencial para dar origem a erros sequenciais na cadeia de atendimento, mas também porque pode servir como um ponto de controle onde erros anteriores possam ser detectados e corrigidos, assim a grande relevância na implantação do uso da pulseira de identificação⁵.

Erros de descaso podem continuar ocorrendo se os pacientes não estiverem com a pulseira de identificação, ou se a pulseira não contiver a informação confiável para a identificação⁵.

A identificação do paciente tem duplo propósito: primeiro, determinar, com segurança, o indivíduo como sendo o legítimo receptor do tratamento ou procedimento; segundo, assegurar que o procedimento a ser executado é efetivamente aquele de que o paciente necessita⁶. Pode ser que a não identificação do paciente seja responsável por grandes números de eventos adversos que podem causar sérios danos à saúde dos pacientes, o que justifica um olhar atento a essa temática e ao desenvolvimento dessa prática no cotidiano de trabalho da enfermagem⁷. Outra constatação importante deu-se com a pesquisa realizada em 2007 de autoria de Silva et al. que concluiu que "o emprego das pulseiras de identificação e a

apropriada identificação no leito geram menor custo e, se utilizados efetivamente, contribuem para minimizar a ocorrência de administração de medicamentos a pacientes errados⁸".

Em um estudo descritivo, foi constatado que a identificação do paciente atuou como barreira para identificar uma falha no processo relacionado a eventos adversos em 45% das notificações e a quebra do protocolo foi responsável por 86% das causas que levaram à ocorrência de eventos adversos⁹.

Ao considerar a relevância deste protocolo, o objetivo deste trabalho é relatar a experiência de implantação da identificação do paciente em um hospital de médio porte na cidade de Umuarama, localizada no noroeste do Paraná.

ANÁLISE CONTEXTUAL

A Cidade de Umuarama, situada no noroeste do Paraná, faz parte da 12ª Regional de Saúde, possui 04 unidades hospitalares, portanto uma referência na rede de atenção à saúde para os municípios vizinhos.

Neste contexto encontra-se um hospital sem fins lucrativos, com 120 leitos sendo 26 de unidade de terapia intensiva adulta, neonatal e pediátrica. É referência em gestação de alto risco e neurocirurgia de alta complexidade. Possui residência médica em pediatria, neonatologia, ginecologia e obstetrícia, cirurgia geral, anestesiologia, medicina de família e comunidade.

Atualmente o hospital possui um setor identificado como Escritório da Qualidade que é composto por 01 enfermeira e 01 médico como membros executores e com lideranças

setoriais sendo membros consultores. Tendo por objetivo principal acompanhar os indicadores instrucionais e a partir de então propor implantação de melhorias a fim de aumentar a qualidade e a segurança dos serviços prestados. Já o núcleo de segurança do paciente (NSP) é uma comissão e está diretamente ligado ao Escritório da qualidade e é composto por equipe multidisciplinar que desenvolve ações principalmente relacionadas à farmacovigilância, tecnovigilância, hemovigilância e vigilância dos saneantes.

Em relação ao protocolo de identificação do paciente, este foi iniciado em 2014 de forma empírica, apenas como forma de cumprimento de legislação. No mesmo ano viu-se a necessidade de aquisição de máquinas impressoras de pulseiras para que o processo de identificação do paciente iniciasse no momento da abertura do atendimento do mesmo nas recepções da instituição. E assim foram adquiridas impressoras de pulseiras para as recepções, e as equipes envolvidas foram capacitadas.

No ano de 2017, com a formalização e criação do Escritório da Qualidade, os seis protocolos de segurança do paciente foram revisados e consequentemente melhorados, dentre eles: Identificação do paciente, prevenção de úlceras, segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, cirurgia segura, práticas de higiene das mãos em serviços de saúde e prevenção de quedas.

No Protocolo de Identificação beira leito, toda a equipe assistencial da instituição foi capacitada sobre o que é e a importância deste protocolo. Foi implantada também a identificação beira leito contendo nome completo do paciente, data de nascimento e os riscos, cuidados e procedimentos mais significantes para o

paciente, a fim de alertar a equipe, familiares/acompanhantes e visitantes sobre os mesmos, aumentando a vigilância e reduzindo eventos adversos melhorando assim a segurança do paciente.

Estas placas de sinalização beira leito de cuidados, riscos e procedimentos são placas retangulares e coloridas. Ao todo estão listados 44 riscos, cuidados e procedimentos como mostra o Quadro 1.

Na admissão do paciente no setor, a enfermagem após visita beira leito, e avaliação do paciente, providencia a impressão do nome completo e data de nascimento, e faz o levantamento dos principais riscos, cuidados e procedimentos. Todas estas identificações são fixadas beira leito em uma placa de acrílico. Estas informações também estão disponíveis no prontuário em formulário específico, para registro e sua formalização.

É importante salientar que estes riscos e cuidados são revisados e alterados constantemente pela equipe de enfermagem conforme alteração do quadro clínico e do processo de tratamento/ reabilitação do paciente. Podendo assim serem modificados tanto beira leito, como os registros em prontuários sempre que necessário.

Com a revisão do Protocolo de etiquetas padronizadas no serviço de nutrição e dietética e farmácia, foram instituídas etiquetas padronizadas contendo como elementos identificadores mínimos o nome completo e a data de nascimento, podendo ser acrescidos outros dados identificadores como no caso da pediatria, na qual as identificações possuem também o nome completo da mãe. É importante

Quadro 1. Placas sinalizadoras beira leito de riscos e cuidados

Acesso Periférico - Flebite	Acesso Venoso Central	Alergia
Cabeceira Elevada 45°	Cesárea	Cirúrgico
Compressa Fria - Gelo	Controle de Lóquios	Controle Frequente Ssvv
Curativo	Diálise Peritoneal	Dieta por Sondagem
Dreno Suctor	Dreno Tórax	Dve
Em Capacete	Em Processo Desmame Ventilador	Estimular Vo
Flebotomia	Hemodiálise	Higienização das Mãos
Incentivo ao Aleitamento Materno	Jejum	Manter Contido No Leito
Manter Grades Elevadas	Manuseio Restrito	Mmii Elevados
Mudança de Decúbito	Npt	Observar Curativo
Observar Glicemia	Parto Normal	Picc
Pós-Operatório	Pvc	Precaução de Contato
Precaução Respiratória	Repouso Absoluto do Leito	Risco de Queda
Sne - Cabeceira Elevada	Sng Aberta	Svd
Traqueostomia	Ventilação Mecânica	

Fonte: Elaborado pelos próprios autores

salientar também, que as puérperas recebem a sua pulseira de identificação e outra contendo dados do(s) recém(ns) nascido(s) evitando assim a troca de bebês. E ainda foi padronizada a identificação de cadáver com a implantação de uma etiqueta de identificação padrão.

Como forma de educação permanente o Escritório da Qualidade participa da integração dos novos colaboradores, capacitando-os sobre a importância da qualidade e segurança do paciente abordando de forma sistêmica os seis protocolos de segurança do paciente. São realizadas semestralmente ou sempre que necessárias as capacitações para as equipes de enfermagem mais específicas e aprofundadas sobre os protocolos, dentre eles a identificação do paciente.

A instituição também conta com uma enfermeira auditora interna que, em dias úteis e em horário comercial, visita todos os pacientes, e uma de suas atribuições é fazer a conferência beira leito da identificação do paciente. Caso o protocolo não esteja sendo cumprido, o colaborador ou a equipe responsável são notificados e em caso de recorrência até advertidos.

RESULTADOS

A implantação dos protocolos de segurança do paciente e a estruturação do escritório da qualidade revelaram um resultado positivo no decorrer dos meses, visto que foram nítidos

o engajamento e adesão da maioria dos colaboradores ao protocolo e ainda a redução do número de eventos adversos principalmente relacionados à administração de medicamentos. Vale salientar, porém, que encontramos inúmeras barreiras que dificultaram esse processo, por exemplo, a resistência dos colaboradores na adesão e execução do protocolo e o não reconhecimento do corpo clínico em relação à efetividade do protocolo.

Constatou-se que a adesão efetiva ao protocolo nos setores da instituição tem como causas a falta de conhecimento/conscientização da cultura de segurança, o engajamento pessoal e coletivo e a comunicação na equipe de saúde. Assim, a enfermeira da qualidade e a enfermeira auditora interna vêm trabalhando sistematicamente com as equipes a fim de conscientizá-las sobre a importância da cultura de segurança, seja para ele enquanto profissional, seja para a instituição e enfim o paciente, ou seja, todos ganham.

Em constante capacitação ressalta-se que a equipe deve ser envolvida para o entendimento, a valorização e a conscientização da relevância da identificação do paciente, e que a participação da enfermagem é de fundamental importância na definição das estratégias que serão efetivas na implantação e melhoria das práticas. Para garantir a segurança do paciente faz-se necessário conscientizar todos os profissionais de que a prestação de cuidados adequados e sem danos é responsabilidade não só da enfermagem, mas de todas as equipes que interagem com o paciente.

O processo de implantação de novas práticas deve ocorrer de maneira colaborativa e construtiva, aliando o objetivo institucional de consolidar um atendimento com qualidade e segurança aos interesses e necessidades das

equipes que trabalham na linha de frente do cuidado. A educação permanente, as atualizações, o aprimoramento e a reciclagem têm como objetivo incrementar os conhecimentos adquiridos na formação básica curricular e auxiliar na redução de falhas no processo de trabalho.

O NSP presente dentro dessa Instituição tem como desafio: verificar os protocolos já existentes e reavaliar a sua utilização/adesão, promover a capacitação permanente dos colaboradores, sensibilizar gestores, colaboradores e parceiros sobre a importância da política de segurança do paciente, e desenvolver e aplicar indicadores que determinem as urgências a serem trabalhadas.

CONCLUSÃO

O presente trabalho demonstrou a implantação, a importância e o engajamento dos profissionais no processo de identificação dos pacientes, com a implantação do protocolo de segurança beira leito, mesmo que tenha sido criado recentemente assim como o escritório da qualidade há pouco mais de um ano, torna-se como um desafio constante na busca de contemplar as recomendações internacionais de segurança.

Esse relato de experiência contribuiu fornecendo evidências da utilização de pulseiras de identificação em pacientes internados na instituição e norteando o aprimoramento das práticas referentes a essa temática. Como demonstrado, sugere-se que seja realizado um monitoramento desse processo para levantamento de indicadores para acompanhamento do progresso das ações e comparações entre os diferentes momentos

vivienciados pelo hospital, permitindo avaliar a consolidação de uma cultura de segurança na instituição.

REFERÊNCIAS

1. Árbol M, Moyano EMC, Pérez BC, Crespo MR. Eficacia de los programas de seguridad del paciente. *Enferm Nefrol*. 2016; 19(1):63-75.
2. Vasconcellos MFB. Acreditação hospitalar: ganho de qualidade nas instituições de saúde. [texto da internet] 2013. [Acesso em 19 out. 2018] Disponível em: <http://www.ebah.com.br/content/ABAAAFWusAE/acreditacao-hospitalar>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). *Diário Oficial da União* 02 abr. 2013; Seção 1.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os protocolos de Segurança do Paciente. *Diário Oficial da União*, 25 set. 2013; Seção 1.
5. Smith AF et al. Wristbands as aids to reduce misidentification: an ethnographically guided task analysis. *International Journal for Quality in Health Care*. 2011; 23(5):590-9.
6. JCI. Metas Internacionais de Segurança do Paciente. Padrões de acreditação da Joint Commission International para hospitais. [editado por] Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde. 4. ed. Rio de Janeiro. 2011.
7. Howanitz PJ et al. Continuous Wristband Monitoring Over 2 Years Decreases Identification Errors. A College of American Pathologists Q-Tracks Study. *Arch Pathol Lab Med*. 2002; 126(1):809-15.
8. Silva AEBC et al. Problemas na comunicação: uma possível causa de erros de medicação. *Acta Paul Enferm*. 2007; 20(3):276.
9. Brito MFP. Avaliação do Processo de Identificação do Paciente em Serviços de Saúde. 2015. 227f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO SUL-AFRICANO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL QUARTENÁRIO E FILANTRÓPICO DA REGIÃO DE CURITIBA

Implementation of the South African Risk Classification System in the urgency and emergency service of a quaternary and philanthropic hospital in the region of the city of Curitiba

Priscilla de Almeida Cunico¹, Eliane Cristina Sanches Maziero²

1. Enfermeira. Especialista em Segurança do Paciente para Profissionais/FioCruz. Setor de Gestão de Processos e Segurança do Paciente, Hospital Nossa Senhora das Graças. ORCID:
2. Enfermeira. Doutora. Escola de Saúde Pública do Paraná. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1264-0833>

CONTATO: Priscilla de Almeida Cunico | Rua Presidente Rodrigo Otavio, 777 | Alto da Rua XV | CEP 80045395 | Curitiba | Paraná | Telefone: (41) 99218-1314 | E-mail: priscilla_cunico@yahoo.com.br

COMO CITAR Cunico PL, Maziero ECS. Implantação do sistema de classificação de risco sul-africano no serviço de urgência e emergência de um hospital quartenário e filantrópico da região de Curitiba. R. Saúde Públ. Paraná. 2019 Jul.;2(Suppl 1): 38-45



COPYRIGHT Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

RESUMO O presente estudo relata a implantação de um protocolo de classificação de riscos no Pronto Atendimento de um hospital quaternário e filantrópico da região de Curitiba, baseado no modelo sul-africano. Esse modelo traz, além da sintomatologia relatada pelos usuários, a aferição dos sinais vitais para o auxílio da priorização do atendimento pelo profissional Enfermeiro, eliminando a subjetividade da sua prática e inserindo critérios baseados em evidências científicas e no perfil da Instituição. Após a implantação do Modelo Sul-Africano de classificação de risco no serviço de pronto atendimento foi observada melhorias significativas no atendimento.

PALAVRAS-CHAVE: Triagem. Gestão de risco. Enfermagem. Atendimento de Emergência

ABSTRACT The present study reports the implementation of a risk classification protocol in the Emergency Care of a quaternary and philanthropic hospital in the region of the city of Curitiba, based on the South African model. This model brings, along with the symptoms reported by the users, the measurement of the vital signs to help in the prioritization of care by the nurse, eliminating the subjectivity of its practice and inserting criteria based on scientific evidence and on the profile of the institution. After the implementation of the South African Model of risk classification in the emergency care service, significant improvements in care were observed.

KEYWORDS: Screening. Risk Management. Nursing. Ambulatory Care.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a realidade de uma grande parcela dos serviços de pronto atendimento e pronto-socorro chama a atenção pela falta de qualificação dos profissionais que prestam o cuidado, os quais estão na ponta da assistência; subjetividade na avaliação dos sinais e sintomas dos pacientes e; superlotação – muito pela busca direta dos usuários, os quais não possuem acesso imediato a serviços especializados e a tecnologias diagnósticas. A soma desses fatores contribui para o aumento do tempo de espera no atendimento, insatisfação da equipe multiprofissional com a função e, principalmente,

contribui com o aumento da morbimortalidade dos usuários em estado crítico, uma vez que necessitam esperar por atendimento junto aos demais¹⁻³.

Para a realização do “pronto” atendimento aos casos de urgência e emergência faz-se necessária uma triagem minuciosa, baseada em elementos palpáveis e documentáveis. A triagem é um sistema de gerenciamento de risco clínico implantado em todo o mundo para gerenciar fluxo de paciente com segurança³.

O Plano de Humanização proposto pelo

Ministério da Saúde em 2004, após a lei de implantação de sistemas de classificação de riscos em prontos atendimentos e prontos-socorros, datada de 2002, trouxe alguns pilares para o atendimento nos serviços de emergência. Essa ação teve o intuito de alterar a realidade com vistas à resolutividade e humanização do atendimento com acolhimento individualizado, além de fortalecer a relação usuário/trabalhador¹⁴.

Tal estratégia reflete diretamente no atendimento em tempo hábil para contenção de danos aos usuários de acordo com sinais e sintomas de base, melhorando a intervenção frente a situações de urgência e emergência que necessitam de uma ação iminente, não mais por ordem de chegada ou critérios de idade, por exemplo⁴.

Além disso, um sistema de classificação eficaz auxilia o profissional de saúde na realização de uma avaliação mais objetiva baseada em evidência científica, para a priorização ou não de um usuário frente a outro, com maior segurança e assertividade.

Outra ação importante, oriunda a essa implementação, é a educação da comunidade com relação à finalidade dos prontos atendimentos e prontos-socorros por ressaltar a prioridade da consulta frente à criticidade dos usuários.

No mundo inteiro existem vários modelos voltados à triagem dos usuários de serviços de urgência e emergência, como o Sistema de Triagem de Manchester (1997), a Escala Canadense de Triagem (1999), Escala Australiana de Triagem (2000), a Escala Americana – Emergency Severity Index (2000)⁵ e, mais recentemente, a Triagem Sul-Africana (2004)³.

No Brasil, o Estado de Minas Gerais implantou em seus serviços, em 2008, o

Protocolo de Manchester 2008 e, frente à necessidade de uma organização das triagens, demais estabelecimentos assistenciais de saúde aderiram à mesma metodologia. O diferencial dessa classificação, comparada às demais Escalas, é a não utilização de diagnóstico para a sua avaliação e, sim, a queixa apresentada, pois define o atendimento ao usuário pela sua criticidade momentânea e estabelece uma ferramenta sensível para detectar situações críticas em usuários que necessitam de cuidados imediatos. O Protocolo de Manchester inclui classificação dos pacientes por cores relacionadas à criticidade do atendimento pela queixa principal, o que define o tempo de espera pela consulta médica. O protocolo é dividido em cinco níveis: vermelho/emergência, laranja/muito urgente, amarelo/urgente, verde/pouco urgente e azul/não urgente^{3,4}.

Entretanto é um sistema patenteado e de alto custo para a maioria das instituições de saúde e possui falhas com relação ao acompanhamento dos usuários já triados, ou seja, não observa os casos com deterioração dos sinais vitais, uma vez que não prevê a reavaliação destes por parte da enfermagem⁴.

MODELO SUL-AFRICANO

Ao analisar outros protocolos de classificação de risco em pronto atendimento, observa-se que o modelo sul-africano é o mais aplicável e adaptável à realidade brasileira, uma vez que não se baseia apenas nos sintomas e queixas principais dos usuários, mas também nos sinais vitais, o que permite melhor assertividade na detecção das prioridades de atendimento. Assim, o protocolo baseia-se em duas avaliações, realizadas por profissional enfermeiro. No primeiro instante o enfermeiro coleta os dados

quanto às queixas, sinais e sintomas, com ênfase no que fez o paciente procurar o atendimento, e na sequência é realizado o registro dos sinais

vitais, que, se alterados, terão uma importância no desfecho da criticidade do usuário e, assim, na classificação do seu atendimento (Quadro 1 e 2)³.

Quadro 1 Escore de pontuação do Modelo Sul-Africano.

Escore de Pontuação							
Pontos	3	2	1	0	1	2	3
Mobilidade				Deambula	com ajuda	Imóvel	
Respiração		<9		9 a 14	15 a 20	21 a 29	>29
Frequência Cardíaca		<41	41 a 50	51 a 100	101 a 100	111 a 129	>129
Pressão sistólica	<71	71 a 80	81 a 100	101 a 199		>199	
Temperatura				36 a 38		>38,5%	
Consciência				Alerta	Rege a voz	Reage a dor	Não responde
Oxigenação				>94%	<94%		
Trauma				não	sim		

Fonte: Cristino (2014)

Quadro 2 Discriminadores e escore de pontuação

Nível-cor	Azul (1)	Verde (2)	Amarelo (3)	Laranja (4)	Vermelho (5)
Tempo máximo	240min	120min	30 min	10min	imediatos
Escore	0	1 a 2	3 a 4	5 a 6	>7
Dor	0 a 1	2 a 4	5 a 7	5 a 10	
Trauma				Queda, acidente	
Consciência				Reduzida	Inconsciente
Convulsão			Chega acordado	Sonolência	Inconsciente
Sangramento			Pequena monta	Grande monta	Choque
Déficit motor				Déficit >6h	Déficit <6h
Queimadura					Face, inalação
Intoxicação				Acordado	Inconsciente
Imunológico				Cianose	
Diabete				Glicemia >400	Glicemia <70
Dor torácica				Todos nível 4	

Fonte: Cristino (2014)

Após a análise dos itens é verificado o posicionamento das queixas e a faixa dos sinais vitais dentro de escores, os mais altos são os usuários mais críticos, os menores, menos críticos. A classificação é realizada em cinco níveis, assim como o Protocolo de Manchester. Uma diferenciação bastante relevante frente a esse protocolo é a necessidade de realizar a reavaliação dos usuários, a qual ocorre sempre após extrapolar os tempos estabelecidos, quando houver necessidade de nova aferição dos sinais vitais como temperatura, ou qualquer alteração clínica importante evidenciada pela equipe (vômitos, desmaios entre outros). Assim, a criticidade é baseada em informações que permitem classificar o paciente em uma das cinco categorias e estabelece o tempo máximo para a avaliação médica. Por conseguinte, o acolhimento deixa de ser subjetivo e passa a ser baseado em critérios bem estabelecidos³.

Dessa forma, a instituição objetivou:

1. Implantar um sistema de classificação de risco no Pronto Atendimento adequado à realidade do hospital;
2. Promover maior segurança aos Enfermeiros do setor de Triagem a fim de proporcionar uma metodologia mais concreta para a priorização dos atendimentos de urgência e emergência.

O presente artigo tem por objetivo relatar a experiência da implantação do Sistema de Classificação de Risco Sul-Africano em um hospital filantrópico, de grande porte, situado na cidade de Curitiba.

CENÁRIO E IMPLANTAÇÃO

A implantação do Sistema de Classificação de Risco Sul-Africano ocorreu em um Hospital Geral de grande porte, quaternário, localizado na cidade de Curitiba, considerado um dos maiores centros de saúde do Estado do Paraná. Trata-se de um hospital filantrópico, mantenedor de um grupo hospitalar responsável por mais de 70% de atendimentos do Sistema Único de Saúde (SUS) em suas unidades. Fundado em 1953, inicialmente, o hospital possuía como principal objetivo disseminar o conhecimento e cuidar dos mais necessitados, baseado no carisma vicentino. Em 2002, por problemas financeiros e com grande risco de fechar suas portas, a estratégia de gestão do hospital foi alterada, passando a atender apenas usuários particulares e conveniados. Com a mudança no perfil de atendimento, o hospital passa a adquirir os recursos necessários para manter os demais hospitais administrados pelas Irmãs Vicentinas. Hoje, o hospital possui 243 leitos, desses 50 leitos são de Unidade de Terapia Intensiva, sendo 30 adultos e 20 neopediátricos. É um hospital referência no Brasil e no mundo pela qualidade em tratamentos clínicos e cirúrgicos de alta complexidade, como Transplante de Medula Óssea e Hepático, além de ser referência no atendimento oncológico e em gestantes de alto risco.

Por prezar pela qualidade e segurança no atendimento, desde 2001 conta com programas e serviços internos os quais disseminam conceitos de melhorias de processos e assistência. É acreditado pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) desde 2003, com nível máximo de reconhecimento por essa Instituição.

Na busca por melhorias, sua gestão busca constantemente rever seus processos com a

avaliação de suas estratégias. Assim, observou-se que o Pronto Atendimento necessitava de processos mais seguros, não apenas aos usuários como também aos profissionais de enfermagem. Mediante o resultado de suas avaliações, a gestão buscou melhorar e aprofundar o conhecimento dos profissionais do setor; mudar o perfil dos funcionários, preencher as vagas em aberto com trabalhadores com maior experiência na área de enfermagem; além de rever as ferramentas utilizadas para a classificação dos usuários. Tais alterações foram consideradas como importantes e necessárias, pois o serviço de urgência e emergência da instituição é um dos maiores de Curitiba, sendo o segundo em atendimento pediátrico. Atualmente são atendidos, em média, oito mil usuários/mês, sendo 1.500 adultos e gestantes e 6.500 crianças.

Foram analisadas algumas metodologias para a implantação de ferramentas que potencializassem a triagem e, conseqüentemente, trouxesse maior assertividade no procedimento e identificação das urgências e emergências. Todavia, observou-se que nenhuma se adequava às especificidades da pediatria e muito menos da instituição. Com isso, os modelos mais conhecidos, como Manchester, foram descartados. Com auxílio de uma consultoria externa contratada, chegou-se então ao modelo de triagem Sul-Africana.

IMPLANTAÇÃO

Desde abril de 2018 foi estabelecido um grupo de condução e estudo sobre a implantação de um modelo de classificação de riscos para o serviço de urgência e emergência da instituição que utilizasse itens mais objetivos para assegurar aos profissionais de saúde segurança em sua avaliação e, com isso, auxiliar

na redução de mortalidade e reduzir o tempo de espera dos usuários. O grupo teve como participantes o Gerente Médico do Hospital, a Coordenadora de Enfermagem do Pronto Atendimento, Coordenadora Médica do Pronto Atendimento e uma Analista de Risco. Reuniões semanais aconteceram conforme o cronograma estabelecido e o plano de ação traçado.

Em junho do mesmo ano, após analisar todos os modelos de triagem e, por incentivo da própria empresa de consultoria do hospital, optou-se pela implantação do modelo de triagem Sul-Africano. Além de ser um modelo que permite melhor avaliação, ele não tem custos e é flexível na descrição dos sintomas e queixas principais, o que possibilita adaptação ao perfil epidemiológico da instituição. Após a escolha, foi solicitada ao serviço de informática uma avaliação para verificar a possibilidade de inserir e parametrizar os descritores, os sinais vitais e, conseqüentemente, o cálculo dos escores no sistema interno, com o objetivo de automatizar o processo. O intuito dessa ação foi desenvolver uma barreira ao profissional de saúde para evitar qualquer interpretação dos dados de forma subjetiva.

Esta etapa estendeu-se até final de agosto de 2018 e, durante esse período, toda a equipe de enfermagem, recepção e segurança foi submetida a capacitações para a aplicação do protocolo e acolhimento do usuário. Foi divulgado material informativo junto à comunidade, como cartazes e quadros sobre o tema, e foi concluído o próprio protocolo descritivo.

Em setembro, deu-se início ao processo de classificação na triagem dos usuários do hospital. Observou-se junto aos médicos uma redução no tempo de espera da triagem. Contudo, os médicos questionaram tal processo, principalmente o serviço infantil, pois aumentou

o número de pacientes triados como verde, ou seja, de baixa urgência, frente aos de nenhuma urgência (azul), o que implicou diretamente no aumento do tempo de espera para a consulta médica.

Em reunião do grupo observou-se que os médicos não haviam sido treinados sobre o protocolo, e, por isso, houve questionamentos sobre a avaliação da criticidade. Outros problemas identificados foram com relação aos sinais vitais da parte pediátrica como, por exemplo, a febre. O paciente infantil que chega com febre possui alteração de sinais vitais e isso acarreta em uma classificação mais crítica, decorrente apenas do quadro febril. Assim, foi revisado o protocolo de hipertermia e reparametrizado o sistema de classificação para coloração azul e nova triagem, após 30 minutos, ou de acordo com o tempo de efeito da medicação ministrada. Alguns parâmetros para a classificação de risco em gestantes também estão sendo revisados.

Em outubro/2018, após um mês da implantação da classificação de risco na triagem, observaram-se resultados relevantes como o cumprimento dos acordos de tempo para os protocolos gerenciáveis, como Acidente Vascular Cerebral (Porta tomografia dentro do tempo estipulado de 45 minutos) e Dor Torácica (Porta eletrocardiograma dentro do tempo estipulado de 10 minutos); diminuição em 25% do tempo de recepção/triagem, de 12 minutos para 9 minutos, abaixo da média estimada pela literatura, que é de 10 minutos⁶; e redução do tempo médio de espera para o atendimento em consultório. Esse último sofreu redução de 42%, passando de 38 minutos para em média de 22 minutos no pronto atendimento adulto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Possuir um sistema de classificação empodera os profissionais de enfermagem no desempenho de seu papel, uma vez que qualifica sua avaliação e, conseqüentemente, melhora a atuação no desfecho clínico do usuário. Ainda, contribui com a redução da mortalidade e permite aumentar o grau de satisfação junto ao serviço e à comunidade.

Algumas alterações e ajustes ainda são necessários, como definir melhor os critérios para a reclassificação dos pacientes. Porém, ficou evidente que os sinais vitais continuam sendo a melhor ferramenta para avaliação do quadro de deterioração clínica dos usuários. Por isso, de nada adianta os estabelecimentos assistências de saúde possuírem ferramentas ou métodos de análises eficazes, se a aferição de dor e/ou frequência respiratória, cardíaca, pressão arterial e temperatura continuarem a ser negligenciadas. A instituição defende como verdadeira, mediante a implantação do Modelo de Classificação Sul Africano, a premissa "menos é mais", principalmente no âmbito da qualidade do cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Prudêncio CPG, Monteiro RAN, Ribeiro BCM, Gomes MSM, Manhães LSP. Percepção de enfermeira(o)s sobre acolhimento com classe de risco no serviço de pronto atendimento. *Revista Baiana de Enfermagem* [internet]. 2016 [citado 2018 out 15]; 30(2):1-10. Disponível em: https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/14917/pdf_46
2. Souza SS. Acolhimento e classificação de risco: proposta de material educativo para um hospital de ensino. Florianópolis. Monografia [Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Urgência e Emergência] - Universidade Federal de Santa Catarina;2014.
3. Cristino TGT. Avaliação e Classificação de risco baseada no sistema de triagem Sul-Africano adaptada em um modelo de serviço de emergência: um estudo descritivo e observacional em um hospital terciário privado. In: Congresso Nacional de excelencia em gestão; 2014 ago 08-09; Rio de Janeiro, Brasil;2014.
4. Souza CC, Toledo AD, Tadeu LFR, Chianca TCM. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [internet]. 2011 [citado 2018 out 15]; 19(1)[8 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_05.pdf
5. Costa MAR, Versa GLGS, Bellucci JA, Inoue KC, Sales AC, Matsuda LM. Acolhimento com classificação de risco: avaliação de serviços Hospitalares de Emergência. *Esc Anna Nery* [nternet]. 2015 [citado 2018 set 18]; 19(3):491-497. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n3/1414-8145-ean-19-03-0491.pdf>.
6. Magalhães-Barbosa MC, Prata-Barbosa A, Cunha AJLA, Lopes CS. CLARIPED: um novo instrumento para classificação de risco em emergências pediátricas. *Rev. Paul Pediatr.* [internet] 2016; 34(3):254-262. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rpp/v34n3/pt_0103-0582-rpp-34-03-0254.pdf

GESTÃO DA CLÍNICA COMO FERRAMENTA PARA MELHORIAS DOS RESULTADOS ASSISTENCIAIS

Clinic management as a tool for improved assistance results

Simone Simon¹, Giseli Cipriano Rodacoski²

¹ Administradora. Graduada em Administração pela UNICESUMAR. Foz do Iguaçu/PR e Especializanda em Gestão Hospitalar – HOSPSUS, Gerente de Qualidade no Hospital Costa Cavalcante.

² Psicóloga. Mestre em Educação e Doutora em Biotecnologia, Docente na Escola de Saúde Pública do Paraná.

CONTATO: Giseli Cipriano Rodacoski | Email: giseli.rodacoski@sesa.pr.gov.br

COMO CITAR: Simon S, Rodacoski GC. Gestão da clínica como ferramenta para melhorias dos resultados assistenciais. R. Saúde Públ. Paraná. 2019 Jul;2(Suppl 1): 46-53



COPYRIGHT Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

RESUMO Centrada na implantação de estratégias de segurança do paciente, a Gestão da Clínica abrange elementos de atenção gerenciada e governança clínica, é indispensável conhecer métodos que contribuam para um gerenciamento excepcional, selecionando bases de pesquisas confiáveis e atualizadas, para que proporcionem efetividade e um diferencial focado no cuidado do paciente dentro das instituições hospitalares. Com isso, se dá a importância do conhecimento e gerenciamento das diretrizes básicas para elaboração e implantação de protocolos, o que é determinante para que todos percebam o seu papel no atingimento dos resultados. Assim, este artigo tem como objetivo o de apresentar um relato de experiência da implantação da Unidade de Gerenciamento de Protocolos em um hospital do interior do Paraná. Os resultados da pesquisa indicam que a referida implantação objetivou institucionalizar e padronizar diretrizes que anteriormente estavam sendo coordenadas por unidades com especificidades diferentes, sendo que atualmente esses documentos são elaborados considerando um modelo

institucional padrão, o qual inclui uma linguagem clara de todos os envolvidos no processo, e o monitoramento dos resultados é realizado pelos gestores e gerentes através de indicadores com metas mensuráveis e exequíveis. No contexto geral, todos os protocolos do hospital são acompanhados no indicador estratégico "taxa de efetividade geral dos protocolos" que em média é de 95%. Concluiu-se que a Gestão da Clínica resulta em maior segurança do paciente, considerando que as etapas são ferramentas de melhorias assistenciais, visto que são compostas por capacitação e sensibilização continuada das equipes, otimizando recursos e disseminando uma linguagem íntegra e única.

PALAVRAS-CHAVE: Governança Clínica. Protocolos Clínicos. Assistência Centrada no Paciente.

ABSTRACT Focused on the implementation of patient safety strategies, Clinic Management covers elements of managed care and clinical governance, it is necessary to know methods that contribute to an exceptional management, selecting reliable and updated research bases, to provide effectiveness and a differential focused on the care of patients in hospital institutions. This shows the importance of the knowledge and management of the basic guidelines for elaboration and implementation of protocols, which is determinant to make everyone notice what their role is in the achievement of the results. Thus, this article aims to present an experience report on the implementation of the Protocol Management Unit in a hospital in the countryside of the state of Paraná. The results of the research indicate that this implementation aimed to institutionalize and standardize guidelines that were previously coordinated by units with different specificities. Currently, these documents are elaborated considering a standard institutional model, which includes clear language of all those involved in the process. Results are monitored by managers through indicators with measurable and achievable goals. In the general context, all hospital protocols are tracked according to the strategic indicator "overall protocol effectiveness", which on average is 95%. It was concluded that the Clinic Management results in greater patient safety, considering that the stages are tools of improvement of care, since they consist of continuous training and awareness of the teams, optimizing resources and disseminating a unique and integral language.

KEYWORDS: Clinical Governance. Clinical Protocols. Patient-centered Care.

INTRODUÇÃO

A expressão Gestão da Clínica foi empregada no Brasil por Mendes¹ em 2001, trazendo elementos tanto da Atenção Gerenciada, amplamente disseminada nos Estados Unidos nos anos 1980 como Governança Clínica. Segundo o autor, a Gestão da Clínica compreende um conjunto de tecnologias

de microgestão aplicáveis ao Sistema Único de Saúde brasileiro que, baseadas nas diretrizes clínicas, utiliza a "gestão da condição de saúde, de gestão de caso, de auditoria clínica e de listas de espera" para prover uma atenção à saúde de qualidade.

Com o desenvolvimento significativo no modelo de atenção à saúde passando de fragmentado para uma articulação em Redes Assistenciais e dos avanços tecnológicos, surgem as mais variadas opções de protocolos para a condução terapêutica e diagnóstica.¹

A diversificação dos protocolos muitas vezes não está relacionada às melhores práticas assistenciais, pois tais protocolos podem ter sido elaborados por diretrizes clínicas de má qualidade, baseadas em pesquisas científicas incompletas, mal interpretadas ou desatualizadas, tornando-os ineficazes favorecendo a resistência à adesão por parte de muitos profissionais de saúde, e colocando em risco a segurança do paciente, podendo também ser entendidas como algo restritivo que limita sua autonomia, além de onerar os serviços hospitalares por seguir recomendações e práticas inadequadas.¹

Com o objetivo de direcionar os esforços no sentido de reduzir riscos e oferecer um cuidado ao paciente com qualidade e segurança, o Ministério da Saúde² define diretrizes, estratégias e critérios de avaliação com base em evidências científicas para orientar a elaboração de protocolos clínicos a serem feitos pelas instituições. O protocolo deve ser elaborado considerando o contexto institucional, e ser apresentado de uma maneira estruturada e com o objetivo de alinhar condutas entre equipes de saúde e usuários.

Os protocolos de forma documental são apresentados por extensos documentos que podem ser classificados em setoriais ou institucionais, sendo desejável que mesmo os setoriais estejam disponíveis para a consulta de todos os atores envolvidos, de modo a favorecer a comunicação e integração do cuidado, podendo ser intitulados como: diretrizes clínicas, protocolos, *guidelines*, *clinical pathways*, linhas

de cuidados, procedimentos, normas técnicas, etc. São vários os tipos de abordagens, porém para reduzir esta variabilidade de termos, favorecer o entendimento e alinhamento dos conceitos, vamos considerar neste artigo diretrizes clínicas e procedimentos como protocolos respeitando as especificidades, as diferentes realidades de saúde e dos indivíduos sob cuidados³.

Muitas são as evidências da literatura quanto aos benefícios da aplicação de protocolos. A literatura aponta vantagens tais como o aumento da efetividade da assistência bem como a segurança do paciente por meio da detecção, prevenção e diminuição da incidência de eventos adversos relacionados ao cuidado¹.

São importantes instrumentos para alinhar as diferentes formas de prestar assistência, orientados por diretrizes e validados através da pesquisa científica, e envolvem a inclusão de novas tecnologias, medicamentos e ações técnicas, recursos indispensáveis para garantia da qualidade do cuidado¹.

O gerenciamento da utilização dos protocolos, de modo que sejam adotados por toda a equipe, demanda habilidade de comunicação e contínua análise quanto à sua efetividade. Quanto mais complexa a situação a ser atendida, mais serviços serão envolvidos e o risco pela falha na comunicação é maior. A identificação de marcadores e indicadores de análise favorece o monitoramento e a rápida ação de melhoria no processo.

Ao considerar a importância da gestão da clínica nos serviços hospitalares, o objetivo deste trabalho foi apresentar experiência exitosa de um hospital no interior do Paraná que alcançou bons resultados assistenciais com a implantação da Unidade de Gerenciamento de Protocolos.

ANÁLISE CONTEXTUAL

A gestão da clínica foi implantada em um hospital localizado na cidade sede da 9ª Regional de Saúde, composta por mais oito municípios da região oeste do Paraná, além de estar situado em região de tríplex fronteira.

Este hospital é de média e alta complexidade, referência para cardiologia - 13% dos atendimentos - oncologia (14,9%) e gestação de alto de risco (37,2%), e realiza em média 600 tipos de cirurgias sendo 400 por mês. Além de ser uma entidade filantrópica, também tem convênio próprio e atende a 49 planos de saúde,

possui 202 leitos, sendo 35 leitos de UTIs, e as contratualizações abrangem demais hospitais da região e clínicas de exames de imagens e laboratoriais. O hospital conquistou em 2014 o certificado de "Acreditado com excelência" na prestação de serviços em todos os setores.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

O Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente em 2013 devido à observância dos dados provocados às pessoas e dos custos gerados aos serviços de saúde. A segurança do paciente é uma importante discussão no campo das políticas de saúde no mundo e tem sido objeto de diversos programas incentivados pela Organização Mundial de Saúde e mais recentemente pelo Ministério da Saúde no Brasil⁴. Alinhado ao Ministério da Saúde a Instituição cenário deste estudo planejou ações voltadas ao monitoramento dos processos de trabalho com vistas a produzir impacto na segurança do paciente.

A utilização de protocolos setoriais já era

uma rotina nas unidades hospitalares, o desafio era monitorar e institucionalizar as ações setoriais, surgindo assim a necessidade de criar a Unidade de Gerenciamento de Protocolos com o objetivo de institucionalizar as diversas diretrizes nas quais estavam sendo coordenados por equipes de acordo com as suas especificidades, mas com a necessidade de fortalecer a comunicação, promover integralidade da assistência e segurança do paciente. Esta unidade assumiu responsabilidade em conduzir o processo de elaboração, implantação e revisão periódicas dos protocolos.

Na etapa de elaboração acontece uma assessoria à equipe técnica para que definam os passos do protocolo com base em uma modelagem institucional. Após a determinação das ações assistenciais pela área técnica da especialidade, os protocolos são avaliados pela Unidade de Gerenciamento composta por uma equipe multiprofissional que verifica se há clareza nas orientações de conduta, se há roteiro lógico no qual está contemplado fluxogramas e/ou algoritmos, marcadores para identificação de não conformidades, indicadores de resultados e efetividade. Fazem parte da equipe multiprofissional o médico, enfermeiro, administrador, farmacêutico, nutricionista e fisioterapeuta que fazem a validação dos protocolos quanto à qualidade da comunicação escrita e após esta etapa inicia-se então a fase de implantação.

A fase de implantação consiste em ações de disseminação dos protocolos, incluindo a capacitação das equipes, sensibilização de todos os profissionais envolvidos na sua utilização por meio de reuniões setoriais, comunicações internas, intranet e jornal interno. São realizadas também reuniões de interações entre os processos de

apoio, para avaliar os *gaps* que impactam no resultado do protocolo para propor soluções como por exemplo: horário de procedimentos, tempo para realização de exames, tempo de laudo, uso otimizado de recursos e implantação de novas rotinas.

A elaboração, a implantação e a implementação de protocolos clínicos neste hospital são utilizadas como ferramentas para melhoria dos resultados assistenciais, promovendo maior segurança nas decisões clínicas, onde a padronização de condutas resulta na diminuição de eventos adversos, morbidade e mortalidade institucional evitável. É utilizado como estratégia da equipe multiprofissional para o planejamento da assistência centrada no paciente de acordo com as suas necessidades e riscos.

A fase de revisão dos protocolos se dá com a periodicidade de 2 anos, exceto em demandas que se fizerem necessárias novas alterações. O responsável pelo protocolo deverá revisá-lo juntamente com a equipe multidisciplinar incluindo os membros nos quais o protocolo tenha impacto, caso exista alguma alteração as equipes deverão ser avisadas e treinadas concluindo a disseminação das novas informações.

Desde o início da Unidade de Gerenciamento de Protocolos foram implantados 18 protocolos, sendo que 6 deles fazem parte do Programa Nacional de Segurança do Paciente que são: protocolo de cirurgia segura, prevenção de queda, prevenção de úlcera por pressão, administração segura de medicamento, identificação segura do paciente e higienização das mãos⁴. Nos outros 12 protocolos foram considerados os de maior prevalência, gravidade e/ou risco para serem implantados, que são eles: protocolo de dor torácica, prevenção de infecção de cateter venoso central, protocolo de membrana hialina,

prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica, prevenção de sepse adulto e sepse grave neonatal, time de resposta rápida, doença hipertensiva da gestação, prevenção de infecção do trato urinário, tratamento de insuficiência cardíaca, prevenção de hipotermia e protocolo de prevenção de tromboembolismo venoso.

MONITORAMENTO E RESULTADOS

Realizar o monitoramento tem como propósito subsidiar os gestores com informações mais simples e tempestivas sobre a operação e os efeitos, resumidas em painéis ou sistemas de indicadores de monitoramento, e tem como objetivo auxiliar os gestores no momento adequado para a tomada de decisão com a finalidade de gerar ciclos de melhorias, para isto, faz-se necessário coletar indicadores com periodicidade que permita aos gestores reagir ainda dentro de um período de efetivação.⁵

Monitoramento consiste no acompanhamento contínuo, cotidiano, por parte de gestores e gerentes, do desenvolvimento dos programas e políticas em relação a seus objetivos e metas. É uma função inerente à gestão dos programas, devendo ser capaz de prover informações para seus gestores, permitindo a adoção de medidas corretivas para melhorar sua operacionalização. É realizado por meio de indicadores, produzidos regularmente com base em diferentes fontes de dados, que dão aos gestores informações sobre o desempenho de programas, permitindo medir se objetivos e metas estão sendo alcançados⁶.

Além disso, é preciso que as informações geradas pelos indicadores sejam apresentadas em formato de rápida visualização e interpretação dos resultados. Bons indicadores precisam ser mensuráveis, alcançáveis, pertinentes, baseados

em tempo e alinhados a metas estratégicas. O termo indicador é conceituado como:

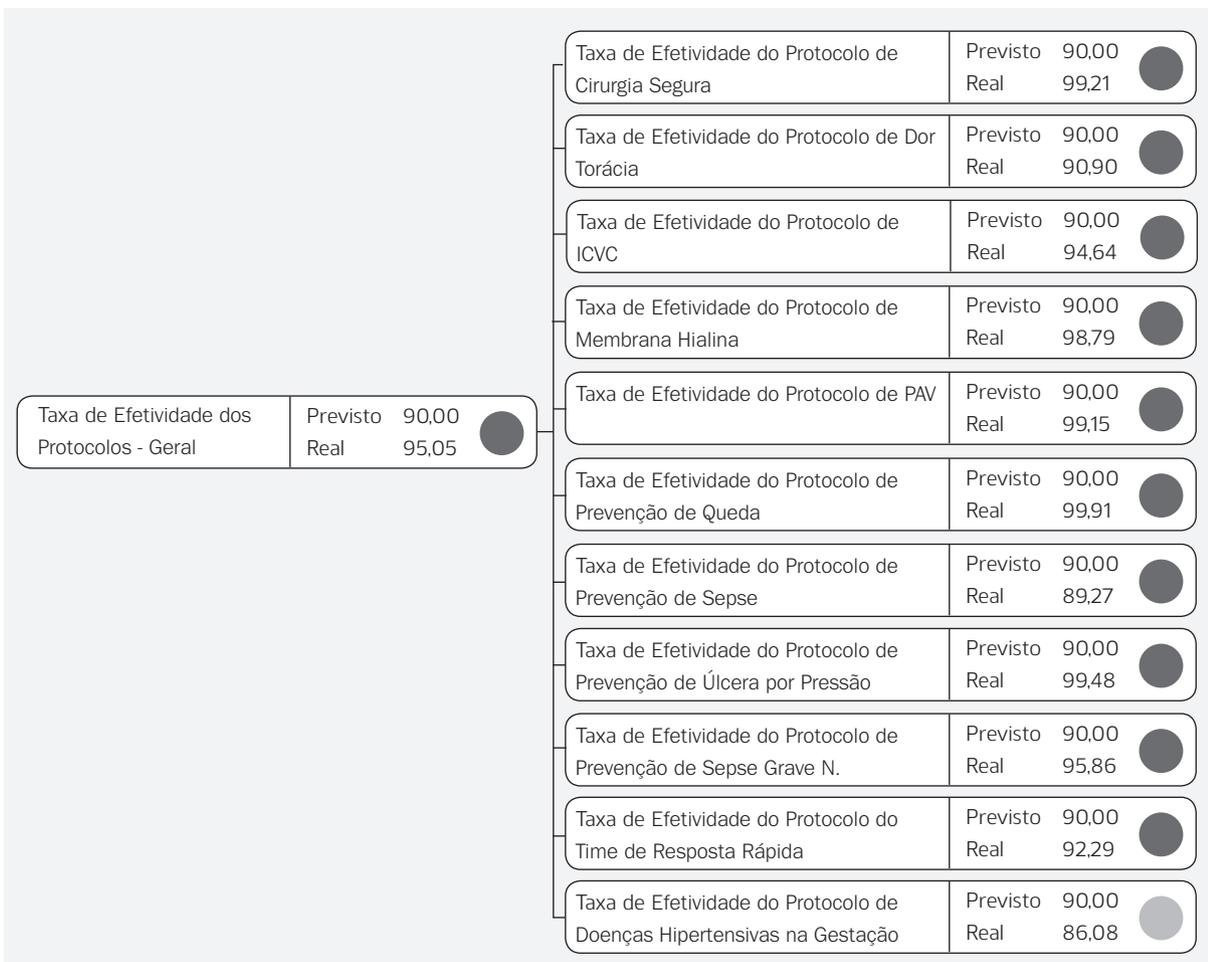
Uma medida, de ordem quantitativa ou qualitativa, dotada de um significado particular e utilizada para organizar e captar as informações relevantes dos elementos que compõem o objeto da observação. É um recurso metodológico que informa empiricamente sobre a evolução do aspecto observado⁷.

O hospital faz o monitoramento da efetividade de todos os protocolos por meio do acompanhamento do *Indicador Estratégico*:

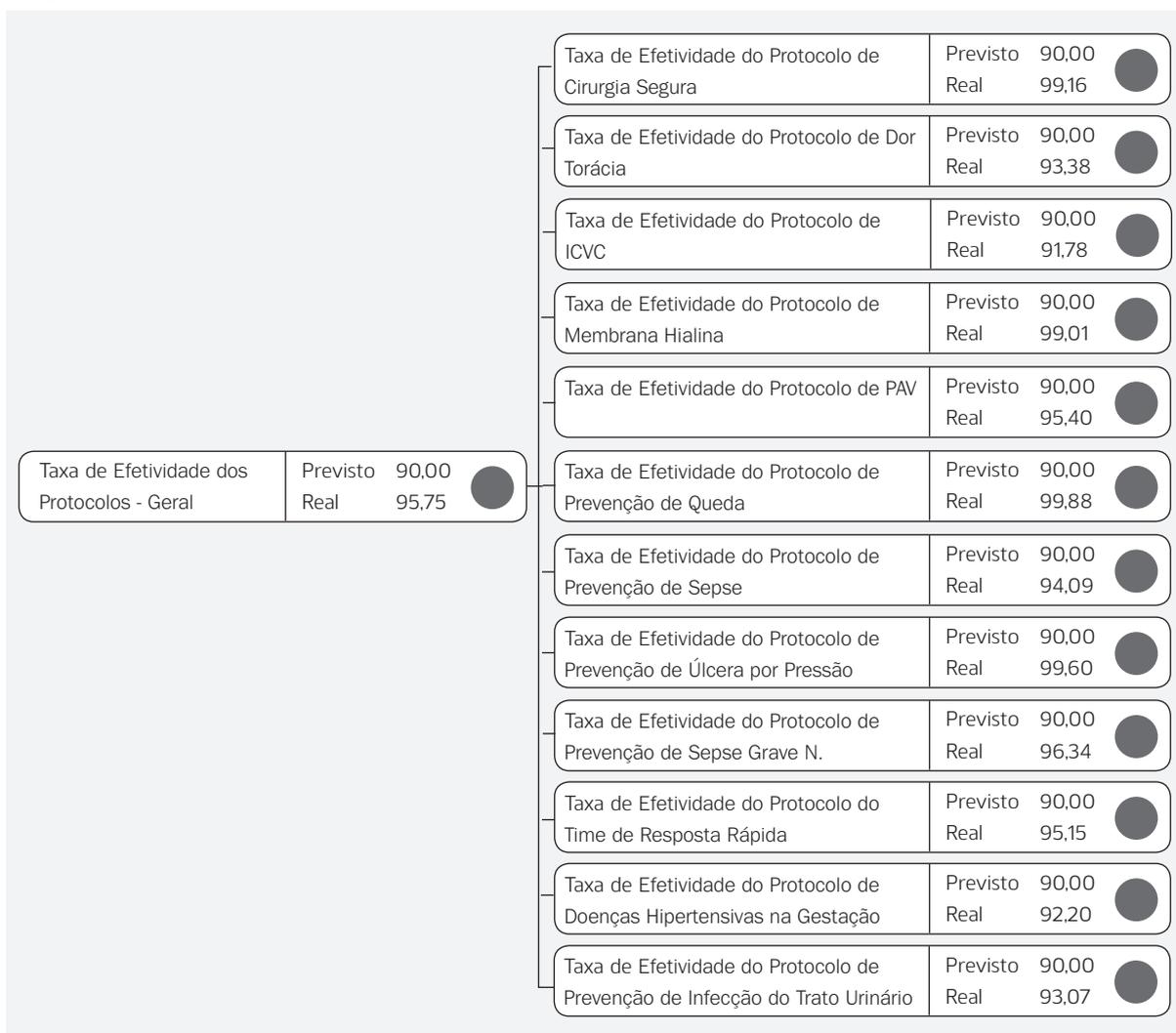
Taxa de Efetividade Geral dos Protocolos que faz parte da *Ação Estratégica: Fomentar a Política de Segurança do Paciente*, que tem mantido nos últimos dois anos (2016 e 2017) a média de 95% de Efetividade dos Protocolos, sendo a meta institucional estabelecida de 90%, e os valores são mensurados em um software de gestão hospitalar:

Este resultado demonstra o esforço e comprometimento diário das equipes multiprofissionais e do hospital pela busca contínua pelas melhores práticas assistenciais baseadas em diretrizes clínicas confiáveis.

Figura 1 Painel - Taxa de Efetividade dos Protocolos - 2016



Fonte: Dados da pesquisa.

Figura 2: Painel – Taxa de Efetividade dos Protocolos – 2017

Fonte: Dados da pesquisa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Do ponto de vista organizacional, a implantação e a implementação de protocolos neste hospital proporcionaram maior integralidade entre as equipes, comunicação efetiva, padronização das condutas clínicas, redução das variações do cuidado, os recursos

passaram a ser utilizados de maneira adequada e otimizada, tornaram mais evidentes as barreiras de segurança refletindo em um melhor desfecho clínico, as não-conformidades passaram a ser detectadas precocemente por meio de gatilhos e/ou erros e auxiliaram na disseminação da cultura de segurança institucional.

No entanto é frequente haver problemas

para sua implantação ou implementação nas instituições hospitalares, e, para que estratégias de segurança do paciente sejam efetivas, o conhecimento pelos profissionais, treinamentos e a adoção dos protocolos e diretrizes clínicas são condições básicas quanto à disponibilidade de materiais e equipamentos para o seu cumprimento⁸.

O processo melhorou a compreensão do hospital referente à atuação da educação permanente, e passou a considerá-la a principal ferramenta para as mudanças nos processos de trabalho. Nesse sentido, intervenções educacionais contínuas, concentradas nos protocolos com ações respaldadas em evidências, ajudam a mudar padrões e garantir a adesão e a efetividade dos protocolos⁹

REFERÊNCIAS

1. Mendes EV. As Redes de Atenção à Saúde. 2. ed. Brasília: Organização Pan- Americana da Saúde; 2011.
2. Ministério da Saúde (BR). Glossário Temático: Economia da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
3. Vecina Neto G, Malik AM. Gestão em Saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 529 de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
5. Jannuzzi PM. Avaliação de programas sociais no Brasil: repensando práticas e metodologias das pesquisas avaliativas. Planejamento e Políticas públicas. Brasília, DF, v. 36, p. 251-275, 2011.
6. Vaitzman J, Rodrigues RWS, Paes-Sousa R. O Sistema de avaliação e monitoramento das políticas e programas sociais: a experiência do Ministério do Desenvolvimento Social e combate à fome do Brasil. UNESCO; 2006.
7. Ferreira H, Cassiolato M, Gonzalez R. Uma experiência de desenvolvimento metodológico para avaliação de programas: o modelo lógico do programa segundo tempo. [Texto para discussão]. Rio de Janeiro: IPEA, 2009.
8. Vendramini RCR, da Silva EA, Ferreira KASL, Possari JF, Baia WRM. Segurança do paciente em cirurgia oncológica: experiência do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo. Rev. Esc. Enferm. USP. 2010 [acesso em 22/10/2018]; volume (44) 3:75. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000300039>
9. Oliveira RM, Leitão IMTA, Silva LMS, Figueiredo SV, Sampaio RL, Gondim MM. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. Esc. Anna Nery. 2014; 18(1): 122-129.

ESTRUTURAÇÃO DE UM NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE: EXPECTATIVA DE PROMOVER TRANSFORMAÇÃO NA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

Structuring a Nucleus of Permanent Education: expectation of promoting transformation in hospital assistance

Cinthia Magalhães Fragoso¹, Franciele da Silva Queme², Olga Laura Giraldo Peterlini³

1 Bióloga, especialista em gestão hospitalar – HOSPSUS, educação e gestão ambiental, educação especial: área da surdez – LIBRAS e educação especial: atendimento às necessidades especiais.

2 Mestre em biotecnologia, Farmacêutica da Associação beneficente de saúde do noroeste do Paraná (Norospar), especialista em saúde pública, em farmácia clínica e hospitalar e farmacologia com interações medicamentosas.

3 Enfermeira e mestre em enfermagem, chefe da divisão de ensino superior da escola de saúde pública do Paraná-2018. Diretora de educação da ABEn-PR – 2017-2019.

CONTATO: Cinthia Magalhães Fragoso | Avenida Ipiranga, nº 3.883 | Centro | CEP 87501-310 | Umuarama-Paraná | cinthia.m.fragoso@gmail.com

COMO CITAR Fragoso CM, Queme FS, Peterlini OLG. Estruturação de um núcleo de educação permanente: expectativa de promover transformação na assistência hospitalar. R. Saúde Públ. Paraná. 2019 Jul;2(Suppl 1): 54-61.



COPYRIGHT Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

RESUMO O presente trabalho relata a experiência de identificação da importância da Educação Permanente para a área da saúde, e propõe a utilização do Método da Problematização para a elaboração de um programa institucional de educação permanente, na expectativa de promover a otimização da assistência prestada aos

usuários dos serviços de saúde e fidelização dos clientes, colaboradores e prestadores de serviço.

PALAVRAS-CHAVE: Educação Permanente. Gestão da qualidade. Educação em Saúde Pública.

ABSTRACT This paper reports the experience of identifying the importance of Permanent Education in the area of health, and proposes the use of the Problem Method for the elaboration of an institutional program of permanent education, in the expectation of promoting the optimization of the assistance provided to the users of the health services, and customers, employees and service providers retention.

KEYWORDS: Nursing. Health Manpower. Education, Continuing. Education, Nursing, Associate.

INTRODUÇÃO

Partindo do sentido etimológico da palavra “educação”, aponta-se a origem latina de dois termos: *educare* (alimentar, cuidar, criar) e *educere* (tirar para fora de, conduzir para modificar um estado). Libâneo¹ assinala que educar, em seu sentido etimológico é conduzir de um estado para outro estado, é agir de maneira sistemática sobre o ser humano tendo em vista prepará-lo para a vida num determinado meio. O termo *educatio* (educação) parece sintetizar aqueles dois outros: criação, tratamento, cuidados que se aplicam aos educandos visando adaptar seu comportamento às expectativas e exigências de um determinado meio social¹.

No Brasil, em 1988, a Constituição Federal, que tem por objetivo assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos

de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias, dispõe que:

Art. 205. A educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho².

No ano de 1996, a Casa Civil estabeleceu as Diretrizes e Bases da Educação Nacional, através da Lei nº. 9.394 de 20 de dezembro de 1996:

Art. 1º A educação abrange os processos formativos que se desenvolvem na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas

instituições de ensino e pesquisa, nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais.³

Art. 2º A educação, dever da família e do Estado, inspirada nos princípios de liberdade e nos ideais de solidariedade humana, tem por finalidade o pleno desenvolvimento do educando, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho.

XIII - garantia do direito à educação e à aprendizagem ao longo da vida.

§ 2º A educação escolar deverá vincular-se ao mundo do trabalho e à prática social³ (grifo nosso).

No contexto do processo educativo, com vinculação ao trabalho do sujeito e à prática social, surge a Educação Permanente. A expressão Educação Permanente (EP) apareceu pela primeira vez na França em 1955. O termo foi oficializado em documento pelo ministro da educação no ano de 1956. Esse documento foi determinante para a reforma do ensino público da época, pois o mesmo visava assegurar a continuação da educação após o período escolar⁴.

Na década de 60, surgiram na Europa e nos Estados Unidos da América, as primeiras pesquisas sobre o processo de educação permanente e, neste contexto, a UNESCO defendia que este seguimento contribuiria diretamente para o progresso econômico de um país¹⁴.

No Brasil, em 13 de fevereiro de 2004, foi instaurada a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, por intermédio da Portaria nº. 198/GM/MS, que dispõe sobre as diretrizes para a implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Já no ano de 2007, a Portaria GM/MS 1996, redefine as

diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - PNE PS, adequando-as às diretrizes operacionais do pacto pela saúde⁴.

Neste contexto, observa-se que, atualmente, mesmo após 14 anos da instauração da Política de Educação Permanente no Brasil, muitas instituições hospitalares não aderem a esta Política e isso somado aos obstáculos que o setor da saúde enfrenta e a defasagem na formação profissional dos jovens que atuam na área da saúde, que em sua maioria, com exceção da medicina, não escolheram a área da saúde como primeira opção de profissão, nem os hospitais como locais preferenciais de trabalho, chegando aos hospitais com o conhecimento teórico e prático comprometidos, além do despreparo emocional para lidar com situações extremas e atuar diretamente na assistência ao cuidado das pessoas, somando-se ainda, a rotina agitada de um ambiente hospitalar, culminam em altos índices de *turnover* e absenteísmo, comprometendo a qualidade da assistência prestada e tendo impacto direto no financeiro das instituições, que dispõem de recursos finitos para demandas infinitas, e acabam utilizando parte de seus recursos para custear despesas com encargos de rescisões trabalhistas, processos judiciais e cobertura dos desfalques.

Diante da problemática apontada, identifica-se a necessidade de realizar abordagens que suscitem a qualificação profissional dos trabalhadores e sua fidelização, proporcionando qualidade na assistência prestada e as melhores experiências aos pacientes. Neste sentido, este artigo tem o objetivo de relatar a experiência do planejamento estratégico para a estruturação do Núcleo de Educação Permanente (NEP).

PLANEJAMENTO PARA ESTRUTURAÇÃO DO NEP

Realizar a implantação efetiva e o desenvolvimento da Educação Permanente em um hospital localizado no município de Umuarama-PR, visando a excelência na prestação de serviços e conseguinte fidelização dos clientes, trabalhadores, prestadores de serviços, melhorias dos indicadores de gestão e assistência.

O município de Umuarama, situado na região noroeste do Estado do Paraná, integrante e sede da 12ª Regional de Saúde, conta com 04 (quatro) unidades hospitalares, sendo, portanto, uma referência na rede de atenção à saúde para os municípios vizinhos.

O hospital em epígrafe é uma entidade beneficente de assistência à saúde, referência no atendimento à Gestação de Alto Risco e em Neurologia/Neurocirurgia de Alta Complexidade e aguardando Habilitação de leitos e credenciamento da entidade como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral – AVC, entidade que dispõe de Posto de Coleta de Leite Humano, Unidade de Terapia Intensiva Adulto, Neonatal e Pediátrica, que realiza Captação de Órgãos; possui 06 (seis) Programas de Residência Médica, sendo ainda campo de estágios para os cursos de Enfermagem, Nutrição, Psicologia, Técnico de Enfermagem e Jovem Aprendiz, entidade integrante do Programa de Apoio e Qualificação de Hospitais Públicos e Filantrópicos do SUS – HOSPSUS, e integrante da Rede de Atenção Integral às Urgências do Paraná, que realiza atendimento a toda população de abrangência da 12ª, 13ª, 11ª e 14ª Regionais de Saúde do Estado do Paraná, totalizando uma cobertura de assistência de

mais de um milhão de habitantes. Destarte, observa-se que os serviços prestados pela entidade supracitada são de salutar relevância no âmbito da saúde pública local e regional, além de se constituir em uma significativa parceira do Sistema Único de Saúde-SUS, atendendo em mais de 80% (oitenta por cento) aos usuários deste.

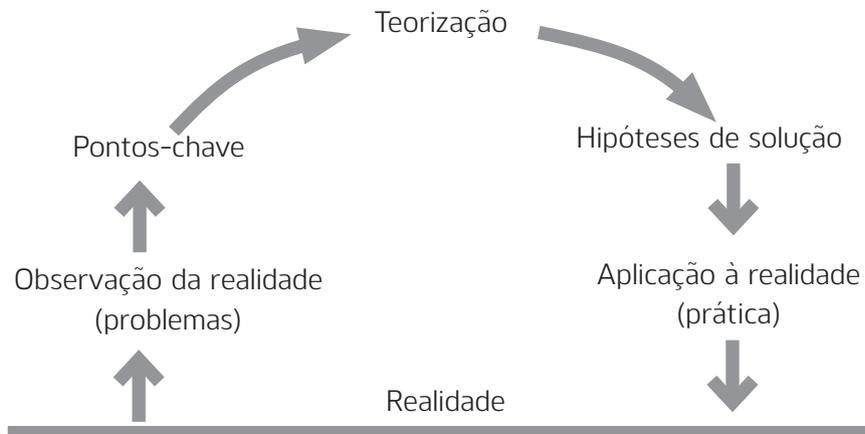
Atualmente, instituição supracitada não dispõe de um Núcleo de Educação Permanente, sendo efetuadas capacitações aleatórias e sem planejamento, em conformidade com o que a legislação exige e de acordo com as necessidades setoriais, não sendo realizadas reuniões com equipe multidisciplinar e interdisciplinar para discussão sobre as necessidades institucionais para elaboração, em conjunto, de Plano de Ação e Cronograma para capacitação de todos os trabalhadores da empresa para atender as necessidades desta, padronizar os serviços prestados e promover a comunicação interna.

Para a estruturação do Núcleo propõe-se que seja utilizado como referencial teórico-metodológico o Arco de Maguerez, adaptado por Bordenave e Pereira (1998)⁵, sendo este constituído pelos seguintes passos: observação da realidade (levantamento do problema); pontos-chave; teorização; hipóteses de solução e a aplicação à realidade (prática).

No que tange às etapas previstas no Arco de Maguerez, a primeira, **observação da realidade**, refere-se à observação da realidade institucional, com olhar crítico, no intuito de averiguar o que precisa ser otimizado, de modo que a realidade possa ser transformada.

Após a definição dos principais problemas, o grupo de trabalho deverá aprofundar-se nos fatores que contribuem e desencadeiam tais dificuldades e definir os **pontos-chave**,

Figura 1 Arco de Maguerez



Fonte: Google imagens¹

¹ Disponível em: <goo.gl/97K1mS>. Acesso em: 25 de nov. 2018.

que são os macroproblemas que deverão ser trabalhados, os quais podem ser expressos sob a forma de afirmações, perguntas ou tópicos.

Na **teorização**, o grupo deverá buscar soluções, junto à literatura, para resolução de tais problemas, a fim de que os princípios teóricos auxiliem na elaboração de estratégias que levem ao desfecho assertivo do processo de busca pela transformação da realidade.

Após maciça reflexão do eixo teórico e trabalho cooperativo, os membros do grupo deverão elencar as **hipóteses de solução**, com planejamento, organização e avaliação de estratégias que resultem em mudanças.

Por fim, na **aplicação à realidade**, deverá ocorrer a implantação das estratégias definidas pelo grupo, trabalhando-se em conjunto com os demais atores envolvidos no processo, realizando a devida intervenção no cenário avaliado, de forma que as práticas e os processos

anteriormente falhos sejam devidamente transformados.

A Metodologia da Problematização é uma estratégia de ensino que estimula o pensamento crítico e reflexivo, a tomada de decisão compartilhada e a resolutividade de problemas. É implícita a necessidade de problematizar a realidade da instituição, propondo soluções viáveis e a fomentação do uso de práticas educativas inovadoras e ativas para a sensibilização dos trabalhadores⁵.

É crucial que a entidade defina a sua situação atual, suas aspirações e realizem a proposta de intervenção e transformação da realidade, através da elaboração de um Programa, que integre a teoria e a prática, com monitoramento e avaliação contínua de sua aplicação.

Para a elaboração do Programa, sugere-se que sejam realizadas reuniões com a direção da instituição e com os líderes setoriais para a

definição dos membros que irão compor o Núcleo de Educação Permanente-NEP, que deverá dispor de equipe multidisciplinar e interdisciplinar. Após, utilizando-se o Arco de Maguerez, sugere-se a realização do diagnóstico situacional, que seria a observação da realidade institucional e definição dos principais problemas/dificuldades (pontos-chave) e atores sociais envolvidos, com priorização dos problemas e definição dos macroproblemas que deverão ser trabalhados.

Posteriormente, propõe-se que seja realizada a estruturação do Programa de Intervenção com a definição dos resultados e produtos a serem obtidos, utilizando-se a ferramenta 5W2H, que é um *check list* das atividades que serão desenvolvidas, com base nas respostas para as sete perguntas essenciais: O que será feito? Por que será feito? Onde será feito? Quando? Por quem será feito? Como será feito? Quanto vai custar?⁶.

No que diz respeito à dimensão pedagógica, observa-se que a Educação Permanente em Saúde-EPS determina que as atividades educativas sejam desenvolvidas com base nos conceitos teórico-metodológicos da educação permanente em saúde. Dessa forma, tem como objetivo transformar as práticas de aprendizagem significativa, a partir da análise coletiva dos processos de trabalho com a participação das equipes multidisciplinares⁴.

[...] o segredo do bom ensino é o entusiasmo pessoal do professor, que vem de seu amor à Ciência e aos alunos e deve ser canalizado mediante planejamento e metodologia adequados, visando, sobretudo, a incentivar o entusiasmo dos alunos para realizarem por iniciativa própria os esforços intelectuais e morais que a aprendizagem exige⁷.

A educação deve ser capaz de desencadear no aluno, uma visão do todo, além de possibilitar a construção de processos de mudanças sociais, com a conseqüente expansão da consciência individual e coletiva. Portanto, um dos seus méritos está na prática pedagógica ética, crítica, reflexiva e transformadora, ultrapassando os limites do treinamento puramente técnico, alcançando uma formação ancorada na ação-reflexão-ação⁶.

É importante que os profissionais que irão realizar as capacitações tenham uma abordagem orientativa e não punitiva e que estes sejam de áreas diversas, podendo ser contratados profissionais terceirizados, conforme necessidade da instituição, a fim de realizar um trabalho multidisciplinar onde os profissionais das diversas áreas tragam suas contribuições para a instituição, de acordo com suas respectivas especialidades laborais.

Após a elaboração do Plano de Intervenção, recomenda-se que seja elaborada a Matriz de Monitoramento do Plano de Intervenção, contendo a avaliação dos resultados, as dificuldades, impacto na instituição, adesão aos temas propostos e os ajustes necessários para a execução do plano. É importante que a gestão do plano seja realizada em comissão, a fim de que a efetiva implantação deste seja garantida, estimulando sempre a comunicação entre os atores envolvidos. Para Champagne et al. (2011:61)

Um plano de intervenção que seja um projeto, programa ou política, pode ser concebido como um sistema organizado de ações que inclui, em um determinado contexto: objetivos (o estado futuro que orienta as ações);

agentes (atores sociais); estrutura (recursos e

regras); processos (relação entre recursos e atividades)⁹.

Considerando os altos índices de turnover da instituição, concomitantemente aos trabalhos desenvolvidos pelo NEP, recomenda-se a implantação da cultura de multiplicação dos conhecimentos adquiridos, por intermédio de trabalhadores multiplicadores do conhecimento, através da implantação de um Projeto que poderá ser denominado Anjo, baseado no Projeto Porto Seguro⁹.

Conforme Freire, "quem ensina aprende ao ensinar, e quem aprende ensina ao aprender". Ou seja, quando o trabalhador ensina, concomitantemente ele aprende, pois é um processo em que ele reúne todo o seu conteúdo interno e externiza de forma singular, e o outro que está recebendo a informação também ensina com suas expressões, perguntas e observações que podem trazer reflexões ao que se aprende e significar a aprendizagem.

O projeto institucional, com o intuito de promover o acolhimento e a integração dos novos funcionários da instituição, dar-se-á da seguinte forma:

- 1- Momento 1 (primeiro dia): Integração para os novos profissionais contratados;
- 2- Momento 2 (segundo ao décimo quinto dia): Encaminhamento dos profissionais aos setores de atuação e apresentação dos "Anjos". Cada funcionário tem um "Anjo" de referência por 15 dias consecutivos, durante 30 dias. No décimo quinto dia deverá ser realizada uma entrevista estruturada pelo líder do setor com o recém-admitido para verificação do acolhimento recebido, identificação das facilidades e dificuldades

na execução de suas atribuições e, o quanto ele se sente preparado;

3- Momento 3 (vigésimo dia): Líder do setor deverá realizar entrevista com o novo funcionário para verificação das condições de atuação sozinho ou sob orientação do Anjo por um período de mais 5 dias. Se ele apresentar condições, ele inicia suas atividades independente;

4- Momento 3 (quadragésimo quinto dia): Líder setorial deverá realizar nova entrevista com o recém-admitido para dar o feed-back e realizar os ajustes necessários (capacitação, entrosamento de equipe, horários, dificuldades).

5- Momento 4 (sexagésimo dia): Neste período, o funcionário participa de uma palestra motivacional preparada pelo Núcleo de Educação Permanente da instituição.

Acredita-se que ao promover uma oportunidade de socialização por meio de uma integração cuidadosa é facilitada a etapa inicial de conhecimento mútuo, o melhor conhecimento das tarefas esperadas do funcionário e são apresentados aspectos importantes da cultura institucional⁹.

O projeto tem o potencial de garantir aos trabalhadores uma recepção e um acolhimento de qualidade e humanizado, possibilitando maior nível de satisfação e menor rotatividade na instituição. Este ainda promoverá o trabalho em equipe, agilidade nos processos e qualidade na assistência prestada aos clientes internos e externos⁹.

CONCLUSÃO

Anseia-se que a direção da entidade estudada apoie o desenvolvimento das ações aqui propostas e espera-se que a implantação do Núcleo de Educação Permanente na instituição seja um agente de promoção da aprendizagem significativa, do compartilhamento das experiências adquiridas, de inovação do conhecimento, segurança, qualidade no atendimento prestado aos clientes, agilidade nos procedimentos diários e de comunicação efetiva entre todos os trabalhadores do hospital.

Assentimos que a proposta contida no presente relato precisa ser implantada para posterior medição dos resultados alcançados, motivo pelo qual sugere-se que, concomitantemente a implantação da proposta, sejam desenvolvidas pesquisas científicas no cenário relatado, a fim de revelar os desfechos das estratégias empregadas.

REFERÊNCIAS

1. LIBÂNEO JC. Pedagogia e pedagogos, para quê? São Paulo: Cortez, 2005.
2. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.
3. Brasil. Lei nº. 9.394 de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial da União 20 dez. 1996; Seção 1.
4. Lemos CLS. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? Ciência & Saúde Coletiva, 21(3):913-922, 2016.
5. Bordenave JD, Pereira AM. Estratégias de ensino aprendizagem. 14. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.
6. Grosbelli AC. Proposta de melhoria continua em um almoxarifado utilizando a ferramenta 5W2H. 2014. 52f. Trabalho de Conclusão de Curso (bacharel em engenharia de produção) – UTFP, Medianeira, 2014.
7. Bordenave JD, Pereira AM. Estratégias de ensino-aprendizagem. 30.ed. Petrópolis: Vozes, 2010.
8. Champagne F et al. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z (Org.). Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.
9. Chiavenato I. Gestão de Pessoas. 3 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

ESCOLA DE ENFERMAGEM: ESTRATÉGIA PARA UMA FORMAÇÃO QUALIFICADA

Nursing School: strategy for qualified training

Natalie Aparecida Ferreira da Silva¹; Andressa P. de O. Q. Martins²; Mayara Rodrigues Piassa³; Renilde Ana Puschel de Alvarenga⁴; Giseli Cipriano Rodacoski⁵

1. Enfermeira. Especialista em Segurança do Trabalho, Gerente de Qualidade da Associação Beneficente São Francisco de Assis. Umuarama – PR, Brasil.
2. Mestre em Enfermagem, Docente da Universidade Paranaense. Enfermeira da Associação Beneficente São Francisco de Assis. Umuarama – PR, Brasil.
3. Enfermeira, Gerente de Enfermagem da Associação Beneficente São Francisco de Assis. Umuarama – PR, Brasil.
4. Administradora, Associação Beneficente São Francisco de Assis. Umuarama – PR, Brasil.
5. Giseli Cipriano Rodacoski Psicóloga. Mestre em Educação, Doutorado na linha de pesquisa Ensino na Saúde, Docente na Escola de Saúde Pública do Paraná. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4837-9331>

CONTATO: Natalie Aparecida Ferreira da Silva | E-mail: qualidade@hospitalcemil.com.br

COMO CITAR Silva NAF, Martins APOQ, Piassa MR, Alvarenga RAP, Rodacoski GC. Escola de enfermagem: estratégia para uma formação qualificada. R. Saúde Públ. Paraná. 2019 Jul;2(Suppl 1): 62-69.



COPYRIGHT Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

RESUMO O presente artigo tem por objetivo relatar a experiência com o planejamento de criação de um centro formador de profissionais técnicos de enfermagem. Sua concepção foi desenhada a partir do reconhecimento das dificuldades técnico-científicas enfrentadas pelos profissionais de enfermagem no campo de trabalho, sendo necessário melhorar a qualidade da formação, bem como os limites e carências observadas durante o processo de contratação. A criação do Centro de Educação Profissional São Francisco de Assis, caracteriza-se como um importante marco para a mantenedora, com elevado impacto na resolutividade e eficiência da assistência à saúde prestada. O relato descreve processo de trabalho do grupo para a criação do Centro Formador cujos preceitos são

qualidade educacional, interprofissionalismo, metodologias ativas de ensino-aprendizagem, e valorização de todos os envolvidos no processo (alunos, professores, profissionais de saúde, gestores educacionais e institucionais), a fim de formar profissionais altamente qualificados.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Recursos Humanos em Saúde. Educação Continuada. Educação Técnica em Enfermagem.

ABSTRACT The objective of this article is to report the experience with the planning of creation of a training center for technical nursing professionals. It was designed based on the recognition of the scientific and technical difficulties faced by nurse technicians in their field of work, with the improvement of the quality of training being required, due to the the limits and lacks observed during the hiring process job. The foundation of the Professional Education Center São Francisco de Assis was an important milestone for the institution, with a high impact on the efficaciousness and efficiency of health care provided. The report describes the work process of the group for the creation of the Training Center, the principles of which are educational quality, and valorization of all the professionals involved in the process ((students, teachers, health care professionals, educational and institutional managers), in order to graduate highly skilled professionals.

KEYWORDS: Nursing. Human Resource in Health. Continuing Education. Technical Nursing Education.

INTRODUÇÃO

Educar é construir, é criar no sujeito a consciência da liberdade e a possibilidade de romper com o determinismo, assim, trazendo na educação o reconhecimento de um indivíduo que arquiteta e interfere na história e na realidade de hoje, do futuro e sensibilizar o ser humano contra os elementos desumanizadores¹.

Com base no modelo Freiriano é possível compreender o conceito de educação, como um processo que engloba todos os atores envolvidos discentes, docentes e corpo administrativo, visto

a necessidade de atuação de todos para formar profissionais pensantes e críticos em sua área de atuação.

A educação pode ser classificada em não formal e formal, sendo que a última deve ser regulamentada e formalizada por diploma ao aluno concluinte². A educação formal é disciplinada pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional nº 9.394 de 1996, alterada pela Lei nº 11.741 de 2008, que define na Resolução nº 6 de 2012: "formação inicial e continuada ou qualificação

profissional, educação profissional técnica de nível médio e educação profissional tecnológica, de graduação e de pós-graduação”³.

O Decreto nº 5.154 de 23 de julho de 2004 admite que a educação profissional técnica pode se articular com o Ensino Médio nas formas integradas, quando ambas as formações se dão no mesmo currículo e com uma única matrícula; subsequente, quando o estudante cursa a formação técnica posteriormente à conclusão do Ensino Médio; ou concomitante, quando ambas as formações são feitas ao mesmo tempo, porém em currículos e matrículas distintas – e, além disso, desenvolver um conjunto de conhecimentos, valores e habilidades que compõem o respectivo perfil profissional³.

No campo da Educação Formal, nos últimos 15 anos foram ampliados o número de instituições de ensino de saúde pública nos três níveis de gestão: estadual, municipal e federal. Essas instituições têm em comum a missão de formar quadros privilegiados para o sistema público de saúde⁴. No entanto tais profissionais podem migrar para o setor privado.

No Brasil foram criadas duas Portarias: a GM Nº 198/2004 e a GM Nº 1.996/2007, propondo que os processos de qualificação dos trabalhadores tomem como referência as necessidades e a realidade local de saúde, que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e a própria organização do trabalho e que sejam, sobretudo, estruturadas a partir da problematização dos processos de trabalho no Sistema Único de Saúde – SUS⁵⁻⁶.

Considerando as contínuas inovações científicas e tecnológicas se faz necessário um processo de educação ao longo da vida profissional, em todas as áreas, não apenas na saúde. O processo de desenvolvimento

profissional e de carreira é fortalecido por meio de programas formais de Educação Continuada, caracterizado como um conjunto de atividades para a atualização do profissional, dando oportunidade de desenvolvimento do funcionário assim como a participação eficaz na rotina de trabalho⁷.

Para os profissionais da área da saúde o Ministério da Saúde (MS) instituiu em 2004 a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, caracterizada pela indissociação do ambiente de trabalho do aprendiz/profissional. Ela corresponde ao aprendizado no ambiente de trabalho, ligada ao cotidiano, realizada a partir dos problemas enfrentados, levando em consideração o conhecimento e experiência dos funcionários, com o objetivo de transformar as práticas profissionais e a organização do trabalho⁸.

As bases legais que legitimam a ação do MS para a implementação dessa Política estão expressas no artigo 200, inciso III da Constituição Federal, que estabelece como uma das atribuições do SUS: ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde⁹.

Assim, se faz necessária a formação de nível técnico para que trabalhadores da saúde desenvolvam habilidades com humanização no cuidado e conhecimentos político-sociais acerca de sua profissão².

Depreende-se, portanto, uma interface entre a gestão da saúde e da educação para ações de ensino. Nesta interface, ficam inseridos os acordos para concessão de campo de estágio, são valorizados os profissionais capazes de articular teoria e prática, e mais além, justifica-se a motivação para certificação de instituição de assistência à saúde como instituições de ensino formalmente constituídas, a exemplo dos

Hospitais-Escola, credenciados pelo atendimento de critérios definidos em Portarias Ministeriais¹⁰⁻¹¹.

Existem parcerias entre as instituições educacionais de assistência à saúde, que vão desde a oferta dos cenários de prática, coordenados pelas Instituições de Ensino, até a formalização de um compromisso da gestão da saúde ao assumir o protagonismo na proposição e coordenação da educação de profissionais da saúde.

Dessa forma, este artigo pretende relatar a experiência de um Hospital com a gradativa responsabilização pela educação na Instituição, desde os primeiros estágios acadêmicos até a proposta de criação de uma Escola de Saúde formalmente constituída.

CONTEXTUALIZAÇÃO

O município de Umuarama está localizado no noroeste do Estado do Paraná, a 580 km da capital Curitiba. De acordo com o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) há uma estimativa de 110.590 habitantes no ano de 2018, ocupando a posição de décima oitava cidade mais populosa do estado¹².

É ainda sede da 12ª Regional de Saúde, que abrange 21 municípios, com uma população de aproximadamente 257.040 habitantes¹³. Em termos financeiros, a média em 2016 era de 2.1 salários mínimos, com uma taxa de 32% de pessoas ocupadas em relação à população total¹². Nessa mesma época, a rede de hospitais que atuava na urgência e emergência no SUS, em regime de escala de plantão, era constituída de 03 hospitais, Associação Beneficente São Francisco de Assis, Associação Beneficente de

Saúde do Noroeste do Paraná (NOROSPAR), Instituto Nossa Senhora Aparecida, e foi apenas em 2017 que o hospital UOPECCAN passa a atender também em regime de escala nas urgências e emergências.

Além dos polos hospitalares, o município conta com uma série de clínicas privadas, bem como o atendimento pelo SUS. A Secretaria Municipal de Saúde atua com 24 unidades de saúde, das quais 18 são equipes de saúde da família, 1 (um) Centro de Referência Materno e Infantil, 1 (um) Pronto Atendimento e 1 (um) Centro de Especialidades Médicas.

A história da Associação Beneficente São Francisco de Assis é a do Hospital CEMIL, que teve início em 10 de abril de 1978, e os médicos Hyzo Gondeberto dos Santos e Arlindo Salvador foram os fundadores do Hospital CEMIL - Centro Materno Infantil Ltda. Em 1981, iniciou-se a construção da sede atual localizada na Avenida Ângelo Moreira da Fonseca, 3.415, que foi inaugurada em 06 de março de 1986. No ano de 2014, o hospital passa a atender também como filantropia e atuar como Associação Beneficente São Francisco de Assis.

Atualmente atende com estrutura moderna de sete mil metros quadrados, equipamentos de alta tecnologia, 139 leitos divididos em duas unidades de terapia intensiva, uma para adulto e uma infantil/neonatal, pronto-socorro, centro cirúrgico e alas de internação clínica e cirúrgica.

Tem como Missão: atuar no campo da medicina com integração multiprofissional, realizando atendimentos que prezam o respeito e a valorização das pessoas em prol do "amor pela vida", como visão: Ser reconhecido como centro de referência na saúde hospitalar, prezando pela qualidade e excelência no atendimento aos pacientes e como valores: Competência, ética,

humanização, integridade e responsabilidade social.

Dessa forma, busca por resultados para a sociedade, como aumentar a percepção quanto à inovação tecnológica, qualificação profissional e perspectiva de gestão na formação de novos profissionais técnicos, capacitados em conteúdo teórico e prático, para atender o indivíduo em todas as suas necessidades no processo saúde doença, em todas as etapas, prevenção, promoção, recuperação e reabilitação, no que tange a formação técnica em enfermagem.

A busca por qualificação, bem como a necessidade de profissionais com formação em nível técnico na área da saúde cresce substancialmente no município, o que determinou a expansão do campo de atividade da Instituição abarcando a formação de novos profissionais para a saúde, além da atividade tradicional no campo da assistência hospitalar.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

O hospital demonstra vocação para a área de ensino desde o ano de 2004 com o início das ofertas de campo de estágios para os cursos de graduação e de nível técnico, e no ano de 2014 iniciou a residência em Clínica Médica, sempre com a preocupação da formação qualificada dos profissionais buscando a visão do ser humano como único e a humanização no cuidado.

O município dispõe atualmente de 3 (três) centros de formação que oferecem o curso de Técnico de Enfermagem, os quais formam juntos cerca de 200 técnicos de enfermagem ao ano, e em levantamento não oficial observou-se que

cerca de 60% dos alunos inscritos residem em outros estados e municípios, justificando parte das dificuldades na contratação de profissionais, sendo que após concluírem o ensino regressam à cidade de origem.

Após diversas discussões entre a Gerência de Enfermagem e Direção da Instituição, houve levantamento de custos para capacitação do profissional formado para melhorar o desempenho em todos os níveis de atenção e valores gastos com erros, verso valor para formar o novo profissional.

Desta forma, concluiu-se assim que a formação obteria maior benefício financeiro, sobre as dificuldades vivenciadas na contratação de técnicos de enfermagem que atendessem as necessidades da instituição, bem como possíveis estratégias para melhorar a qualidade da formação desses profissionais, considerando os limites e carências observados durante o processo de contratação, chegou-se à idealização de atuar desde a formação do profissional que se almeja contratar, promovendo os valores e a missão Institucional desde a formação.

A imagem de futuro passa a ser o objetivo da gestão: um Centro de Educação Profissional denominado São Francisco de Assis, administrado pela mantenedora Associação Beneficente São Francisco de Assis, com o intuito de formar profissionais qualificados, mediante as necessidades perceptíveis de técnicos de enfermagem. A ideia conceito é a valorização de todos os envolvidos no processo (alunos, professores, profissionais de saúde, gestores e usuários), a fim de formar profissionais altamente qualificados para o mercado. Em médio prazo espera-se que a escola tenha o reconhecimento do curso técnico. Para isso, buscar-se-á investir

em infraestrutura, planejamento e professores capacitados, que possam contribuir ativamente no processo.

Para a implementação do Projeto, logo depois de sua idealização, foi definido um Grupo de Trabalho – GT e realizada a contratação de uma enfermeira profissional para coordenar o Projeto. A tarefa inicial era estudar a viabilidade, identificar legislação e normas técnicas a serem seguidas para então definir um cronograma de atividades.

A primeira ação do GT foi buscar informações sobre bases legais e normas técnicas para criação de uma Escola de Ensino Técnico ou Centro de Educação Profissional, por meio de uma consulta ao Núcleo de Educação Regional – Secretaria de Estado da Educação do Paraná. A visita resultou em orientações as quais o GT tomou como objeto de trabalho e planejou uma agenda estratégica a fim de dar andamento ao projeto.

Para fundamentar a proposta foi feito um resgate histórico e documental da vocação do Hospital para o ensino, registrando toda a trajetória desde sua fundação que apontasse o compromisso com o ensino como um valor Institucional.

Na sequência, conforme orientação do Núcleo de Educação, foram observadas as legislações que dispõem sobre a infraestrutura necessária Estrutura/Regimento (CNPJ, alvarás de funcionamento – bombeiro e vigilância sanitária – estrutura montada, insumos, equipamentos e acervo bibliográfico) e o Projeto Político Pedagógico instruídos nos Manuais de Procedimentos para os Atos Regulatórios das Instituições de Ensino do Sistema Estadual de Ensino do Paraná¹⁰⁻¹¹.

O Grupo buscou exemplos de Escolas já instituídas, em funcionamento, consideradas referência. Deu-se início à elaboração do Projeto Político Pedagógico e Regimento Escolar. O Projeto evidenciava a vinculação do ensino com as necessidades de saúde da população, estratégias de ensino-aprendizagem, de avaliação, formas de ingresso de alunos e docentes, carga horária e programa do Curso, convênios com outras instituições, perfil desejado do egresso, formalidades de matrícula e certificação. Após a elaboração do Projeto Político Pedagógico está planejado o início da redação do Regimento Escolar que também deve ser submetido ao Conselho Estadual de Educação.

Outra etapa concluída foi o aluguel do imóvel que corresponde ao espaço físico necessário e a realização das reformas de modo a atender legislação em vigor, Resolução nº 318/02-SESA¹⁴ que "estabelece as exigências sanitárias para instituições de ensino fundamental, médio e superior, bem como cursos livres no Estado do Paraná".

Paralelamente ao trabalho da Coordenadora de Ensino e do Grupo de Trabalho nomeado para esta tarefa, o Conselho de Administração da Mantenedora, por meio de sua assessoria jurídica, trabalha na mudança do Estatuto para acrescentar Educação como objeto de atuação no regimento da mantenedora.

Concluída a fase de viabilidade legal, o processo é submetido ao Núcleo Regional de Educação e posteriormente ao Conselho Estadual de Educação com a expectativa de receber autorização de funcionamento.

Fase de Viabilidade Legal:

- Estatuto da Mantenedora, Projeto Político Pedagógico, Regimento Interno, Imóvel

adequado, Vistorias concluídas e emissão de alvará pelo Corpo de Bombeiros e Alvará de Licença Sanitária.

Fase de Recursos para Funcionamento:

- Orçamento e aquisição de livros, computadores;

- Finalização dos pedidos do material didático;
- Levantamento dos materiais e insumos necessários.

AÇÃO	FASE DA EXECUÇÃO	PRAZO
Formação do grupo de trabalho	Concluída	Não se aplica
Contratação do enfermeiro coordenador (titulação mínima exigida: mestrado)	Concluída	Não se aplica
Estudo da viabilidade, legislação e normas técnicas	Concluída	Não se aplica
Consulta ao Núcleo de Educação	Concluída	Não se aplica
Infraestrutura para locação	Concluída	Não se aplica
Confecção do Regimento da Escola	Concluída	Não se aplica
Solicitação dos Alvarás de funcionamento – Corpo de Bombeiro e Licença Sanitária	Em andamento	60 dias
Licitação de insumos, equipamentos e acervo bibliográfico	Em andamento	30 dias
Projeto Político Pedagógico	Concluído	Não se aplica
Regimento Escolar	Em andamento	30 dias
Mudança do Estatuto da mantenedora	Concluído	Não se aplica

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A criação do Centro de Educação Profissional São Francisco de Assis visa formar profissionais altamente qualificados para atuação em equipes multiprofissionais, em um modelo de atenção articulado em redes de atenção, para, assim, melhor atender as necessidades de saúde da população.

Considerando as especificações da

resolução vigente, a educação profissional técnica de nível médio subsequente deve propiciar aos estudantes conhecimentos teórico e prático, capacidades e competências profissionais, que são fundamentais ao exercício profissional, oferecendo assim uma formação humana integral, onde docente e discente não são apenas partes integrantes, mas também fundamentais no processo de formação.

As práticas educativas assumem

importante papel referente ao compromisso que os profissionais, gestores institucionais e coordenadores do Centro de Educação devem assumir em se tratando da formação contínua e capacitação profissional.

Conclui-se, assim, que a maior perspectiva para a sociedade é somar a tradição em excelência da equipe multiprofissional da mantenedora, na formação dos novos técnicos em enfermagem, propiciando a eles durante o processo vivenciado a visão dos discentes, cada um em seu campo de atuação, bem como seus conhecimentos técnicos e científicos.

A proposta ainda, é que durante o curso os alunos possam, por meio de metodologias dialógicas, vivenciar a rotina de técnicos experientes para oportunizar aprendizagem colaborativa entre pares, e que esta vivência tenha efeito também de disparar processos de educação permanente em serviço para benefício dos profissionais em exercício, transformando assim o *know-how* adquirido durante 40 anos na assistência em saúde em um cenário potente para a educação na saúde.

REFERÊNCIAS

- Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa / Paulo Freire. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
- Pereira I.B., Ramos M. N. Educação Profissional em Saúde. 20 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006 . 120 p (Coleção Temas em Saúde). Disponível em <https://books.google.com.br/books?id=LePpAgAAQBAJ&pg=PA57&lpg=PA57&dq=isabel+RETSUS&source=bl&ots=li9zeMmW9f&sig=52vH3Zg1v-u1oIFYrJvutXn82c&hl=pt-R&sa=X&ved=2ahUKEwirnoy40tzeAhUDDpAKHWuxB70Q6AEwDXoECAkQAQ#v=onepage&q=isabel%20RETSUS&f=false> Acessado em 20 de novembro de 2018.
- LDB: Lei de diretrizes e bases da educação nacional. – Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2017. 58 p.
- Cardoso MLM et al. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática. Ciênc. e Saúde Coletiva [online]. 2017, vol.22, n.5, pp.1489-1500. ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017225.33222016>. Acessado em 18 de outubro de 2018.
- Brasil. Portaria nº 198 GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial da União 2004; 13 fev.
- Brasil. Portaria nº 1.996 GM/MS, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial da União 2007; 20 ago.
- Cunha AC, Mauro MYC. Educação continuada e a norma regulamentadora 32: utopia ou realidade na enfermagem? Rev. Bras. Saúde ocup. 2010; 35 (122): 305-313.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.
- Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil, 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm Acessado em 19 de outubro de 2018.
- Paraná. Secretaria de Estado da Educação. Manual de Procedimentos para os Atos Regulatórios das Instituições de Ensino do Sistema Estadual de Ensino do Paraná; volume I. 2014. Disponível em: http://www.educacao.pr.gov.br/arquivos/File/Manuais/MANUAL_VOLUME_I.pdf Acessado em 03 de novembro de 2018.
- Paraná. Secretaria de Estado da Educação. Manual de Procedimentos para os Atos Regulatórios das Instituições de Ensino do Sistema Estadual de Ensino do Paraná; volume II. 2014. Disponível em: http://www.educacao.pr.gov.br/arquivos/File/Manuais/MANUAL_VOLUME_II.pdf Acessado em 03 de novembro de 2018.
- Brasil. IBGE. Censo Demográfico, 2018 [acessado em 19 de outubro 2018]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/umarama/panorama>.
- Secretaria de Saúde do Estado do Paraná. Curitiba, 2018. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2764>. Acessado em 19 de outubro de 2018.
- Paraná. Secretaria de Saúde. Resolução nº 0318, de 31 de julho de 2002. Norma Técnica tem por finalidade estabelecer as exigências sanitárias para instituições de ensino fundamental, médio e superior, bem como cursos livres no Estado do Paraná. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Legislacao/estudual_resolucao/O2RPR318ensinofundamental.pdf. Acessado em 19 de outubro de 2018.

CAUSAS DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES EM IDOSOS POR REGIÕES DO BRASIL: SÉRIE HISTÓRICA DE 10 ANOS

Causes of elderly hospitalization per regions of Brazil: historical series of 10 years

Thamyres Correa Barbosa¹, Juliana da Silva Moro², Joanito Niquini Rosa Junior³, Carolina Young Yanes⁴, Elaine Rossi Ribeiro⁵

1. Universidade Federal de Santa Catarina, Mestrado em Saúde Pública, Florianópolis, SC. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7112-9934>
2. Universidade Federal de Santa Catarina, Doutorado em Clínica Odontológica, Florianópolis, SC. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9011-9600>
3. Universidade Federal de Santa Catarina, Doutorado em Saúde Pública, Florianópolis, SC. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3024-815X>
4. Universidade Federal de Santa Catarina, Mestrado em Saúde Pública, Florianópolis, SC. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9052-883>
5. Escola de Saúde Pública do Paraná e Faculdades Pequeno Príncipe, Curitiba, PR. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3492-217X>

CONTATO: Elaine Rossi Ribeiro | (41) 98871-0878 | elaine.rossi@hotmail.com

COMO CITAR Barbosa TC, Moro JS, Junior JNR, Yanes CY, Ribeiro ER. Causas de internações hospitalares em idosos por regiões do Brasil: série histórica de 10 anos. R. Saúde Públ. Paraná. 2019 Jul.;2(Suppl 1):70-81



COPYRIGHT Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

RESUMO O presente trabalho teve como objetivo analisar as principais causas de internações hospitalares em idosos de 60 anos ou mais, por regiões do Brasil, em um período de 10 anos. Trata-se de um estudo ecológico, descritivo, utilizando dados secundários provenientes do Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS.

Para a determinação das causas de internação foram utilizados os capítulos do CID-10. Observou-se que nas cinco regiões brasileiras as principais taxas de internações em idosos ocorreram devido às doenças do aparelho circulatório e do aparelho respiratório. Além disso, nas regiões Norte e Nordeste ainda há uma significativa taxa de internação por algumas doenças infecciosas e parasitárias.

PALAVRAS-CHAVE: Epidemiologia. Serviços de Saúde para Idosos. Morbidade.

ABSTRACT This study aimed to analyze the leading causes of hospitalization in the elderly aged 60 or more, per regions in Brazil, in a period of 10 years. This is an ecological, descriptive study using secondary data from the Hospital Information System of SUS - SIH / SUS. The ICD-10 chapters were used to determine the causes of hospitalization. It was observed that in the five Brazilian regions the main hospitalization rates among the elderly occurred due to diseases of the circulatory respiratory systems. In addition, in the North and Northeast regions, there is still a significant rate of hospitalization for some infectious and parasitic diseases.

KEYWORDS: Epidemiology. Health Services for the Aged. Morbidity.

INTRODUÇÃO

A população dos países em desenvolvimento está sofrendo um processo de envelhecimento. No Brasil, estima-se que para o ano de 2020 os idosos cheguem a 32 milhões de pessoas, tornando a sexta população mundial com maior número de idosos. Esses dados interferem significativamente na saúde pública, tornando um desafio para os gestores, uma vez que preocupações com a qualidade de vida e políticas de prevenção e promoção de saúde direcionadas devem ser priorizadas¹.

O envelhecimento da população brasileira teve início em 1960, devido à redução na taxa

de fecundidade, percorrendo ao longo dos anos, devido às mudanças na sociedade e nas próprias estruturas familiares. Além disso, o aumento da expectativa de vida dos brasileiros, resultante de melhores condições de vida e de saúde, juntamente com a diminuição da mortalidade, também contribuíram para o processo de envelhecimento populacional².

Simultaneamente às transições demográficas, ocorreram também as epidemiológicas, modificando os padrões de morbidade e mortalidade da população³. As doenças agudas foram substituídas por doenças crônicas, produzindo impacto direto nos serviços

de saúde⁴. Entretanto, é necessário salientar que essa transição não ocorreu de maneira contínua devido às desigualdades nas regiões brasileiras, havendo uma sobreposição entre as etapas da transição em que coexistem as doenças infecciosas e parasitárias concomitantemente com a ascensão das doenças crônicas degenerativas⁵.

Diante do exposto, um dos resultados do panorama do envelhecimento é uma demanda crescente por serviços de saúde, gerando um dos maiores desafios atuais: a escassez de recursos diante de uma demanda crescente, pois a pessoa idosa consome mais dos serviços de saúde, tem internações mais frequentes, e o tempo de ocupação do leito costuma ser superior quando comparado com outras faixas etárias¹. No Brasil, o número de idosos internados chegou a representar um terço das internações durante a última década⁶.

A internação hospitalar pode ser o primeiro passo do caminho que leva à institucionalização e à perda da independência funcional dos idosos, uma vez que quando ocorre a internação, muitos idosos passam por um período de níveis de mobilidade e atividades reduzidos, o que leva a comprometimentos do seu estado físico e de vitalidade⁷. Em vista disso, conhecer as causas de internações hospitalares em idosos por regiões permite traçar estratégias para prevenção e promoção de saúde direcionada para cada população.

Portanto, o presente trabalho teve como objetivo descrever as principais causas de internações em idosos, por regiões do Brasil, em um período de 10 anos.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo ecológico descritivo, utilizando dados secundários provenientes do Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS, administrado pelo Ministério da Saúde e processado pelo DATASUS - Departamento de Informática do SUS. A população-alvo foi constituída de idosos (60 anos ou mais), das cinco regiões do Brasil (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul, Centro-Oeste).

As variáveis utilizadas foram: (I) Autorização de Internação Hospitalar (AIH) aprovada; (II) Regiões: Norte; Nordeste; Sudeste; Sul; Centro-Oeste; (III) Ano de processamento: período de 10 anos (2005-2015); (IV) faixa etária: 60 a 69 anos, 70 a 79 anos, 80 anos e mais; (V) diagnóstico segundo os capítulos da Classificação Internacional de Doenças (CID 10). Os capítulos XVI ao XXI (CID-10) foram categorizados como outras causas.

Os dados foram coletados na base do DATASUS e inseridos em planilhas do software Microsoft Excel®, as quais foram utilizadas para os cálculos e, posteriormente, para a elaboração de tabelas ilustrativas. Foram calculadas as taxas de internações hospitalares em idosos para cada região, ano de processamento, sendo os numeradores os números absolutos de AIH pagas, AIH pagas por causa (CID 10) (região e ano) e os denominadores a população brasileira de idosos dos respectivos anos e regiões, conforme dados obtidos pela estimativa disponibilizados pelo RIPS/IBGE. As taxas foram multiplicadas por 10.000 habitantes.

RESULTADOS

A partir da coleta de dados, os resultados foram agrupados em tabelas e descritos em relação à região, ano e causas de internações.

No que tange a região Norte, pode-se observar que as maiores taxas de internações hospitalares foram devido às doenças do aparelho circulatório, às do aparelho respiratório e às doenças do sistema digestivo (Tabela 1). Esse resultado permaneceu ao longo dos 10 anos estudados.

Em relação à região Nordeste, as taxas mais altas de internação hospitalar dos idosos foram para as doenças do aparelho circulatório, do aparelho respiratório e por algumas doenças infecciosas e parasitárias (Tabela 2). Com o decorrer do tempo, houve um aumento da taxa de internações por neoplasias, doenças do sangue, doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, doença da pele e tecido subcutâneo e do aparelho do gênero-urinário, doenças dos olhos e anexos, doenças do ouvido e apófise mastoide, e outras causas. Paralelo a isto, houve uma diminuição da taxa de internações pelas três principais causas (doenças do aparelho circulatório, aparelho respiratório e algumas doenças infecciosas e parasitárias).

Na região Sudeste, as três principais taxas de internações de idosos decorreram devido às doenças do aparelho circulatório, respiratório e por neoplasias. Observa-se que houve um declínio nas taxas de internação em idosos em diversas causas, como nutricionais e metabólicas, transtornos mentais e comportamentais, doenças do sistema nervoso e digestivo. Entretanto, as doenças por causas parasitárias, sanguíneas, dermatológicas, oftalmológicas, auriculares e

geniturinárias apresentaram aumento de seus valores no período estudado (Tabela 3).

A Tabela 4 apresenta os dados de internação em idosos na região Sul. Desta forma, é possível observar que as principais taxas de internações em idosos são por doenças do sistema circulatório, respiratório e neoplasias, sendo estas as taxas mais elevadas quando comparadas aos outros capítulos da CID-10. Podemos afirmar que as doenças do aparelho respiratório e circulatório, importantes pela magnitude das internações por essas causas, vêm apresentando redução de suas taxas no intervalo dos anos de 2005 a 2015. Já a terceira causa de internação, neoplasia, mantém suas taxas com aumento anual. Além disto, é possível observar que doenças metabólicas e endócrinas apresentaram declínio significativo quando comparamos o ano de 2005 com o de 2015.

Observa-se que na região Centro-Oeste as maiores causas de internações em idosos são ocasionadas pelas doenças do aparelho circulatório, seguidas das doenças do aparelho respiratório, aparelho digestivo e outras causas. Ademais, vale ressaltar que as doenças do aparelho circulatório, apesar de serem a maior causa de internações em idosos nessa região, foram reduzidas quase que pela metade num período de dez anos. As doenças do ouvido e da apófise mastoide se apresentaram como as menores causas de internação dos idosos, no entanto verifica-se um aumento de internações por esta causa no período analisado. Outro ponto importante de se observar é a redução das internações por doenças infecto-parasitárias neste período. Em relação às internações por neoplasias, observa-se uma constante nos números apresentados (Tabela 5).

Tabela 1. Taxas das AIH pagas da Região Norte, por Capítulo (CID 10), em idosos com 60 anos ou mais, no período de 2005-2015.

Capítulo CID-10	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Doenças do aparelho circulatório	346,1	359,10	339,56	311,65	330,36	307,53	310,25	297,64	288,92	272,49	249,71
Doenças do aparelho respiratório	266,1	234,31	245,10	211,80	235,78	212,43	224,27	208,90	202,04	196,22	188,08
Doenças do aparelho digestivo	164,0	165,61	160,74	147,92	153,93	159,35	150,77	149,45	148,12	140,37	133,24
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	161,2	161,98	151,09	154,02	158,07	170,13	160,17	148,26	147,95	139,14	126,41
Outras causas	9,79	105,23	106,44	107,48	108,20	103,87	109,57	116,41	125,69	127,31	128,85
Doenças do aparelho geniturinário	113,0	106,62	106,99	109,13	122,68	125,64	126,15	118,42	119,02	112,05	105,93
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	64,08	64,30	64,50	67,26	74,86	76,46	81,63	78,92	77,66	75,78	67,96
Neoplasias	67,8	78,11	82,92	59,23	60,38	63,65	63,10	59,31	61,26	57,13	60,55
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	31,38	30,46	33,13	14,09	17,80	22,38	23,92	26,40	27,46	27,22	26,97
Doenças do sistema nervoso	17,76	16,00	20,32	24,10	19,94	17,66	19,69	18,30	18,07	17,37	17,71
Doenças sistema osteomuscular	34,94	33,90	35,03	26,44	22,79	21,60	17,78	16,16	16,17	16,32	14,78
Doenças sangue	13,84	13,61	13,36	12,78	13,91	14,76	14,30	13,04	14,37	14,29	13,53
Doenças do olho e anexos	2,27	3,50	4,49	3,46	4,19	7,88	11,72	15,20	16,09	14,13	12,64
Transtornos mentais e comportamentais	9,25	11,32	8,86	9,02	8,92	8,35	7,41	6,21	5,23	4,29	3,56
Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0,11	0,12	0,18	0,34	0,51	0,56	0,51	0,63	0,52	0,54	0,58

*taxas por 10000 habitantes

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). IBGE, 2018.

**CAUSAS DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES EM IDOSOS POR REGIÕES DO
BRASIL: SÉRIE HISTÓRICA DE 10 ANOS**

Tabela 2. Taxas das AIH pagas da Região Nordeste, por Capítulo (CID 10), em idosos com 60 anos ou mais, no período de 2005-2015.

Capítulo CID-10	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Doenças do aparelho circulatório	324,39	313,01	316,42	284,28	299,03	297,39	297,36	279,55	272,30	268,26	264,69
Doenças do aparelho respiratório	201,33	188,87	187,98	166,10	187,01	170,03	184,63	157,83	163,06	157,58	165,43
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	158,76	160,26	148,49	157,29	152,08	150,28	145,08	126,49	142,46	122,72	127,81
Doenças do aparelho digestivo	134,08	129,39	130,15	118,86	123,75	125,73	122,45	116,90	115,30	115,56	112,93
Outras causas	91,92	89,64	92,74	84,87	90,42	95,26	101,65	99,92	104,19	110,43	112,34
Neoplasias	81,67	85,30	91,36	73,29	78,85	83,17	83,94	88,16	94,83	97,46	100,11
Doenças do aparelho geniturinário	76,25	67,32	69,10	67,26	76,09	81,72	78,46	77,47	78,42	79,31	80,31
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	65,75	65,38	69,42	69,54	76,03	82,79	83,63	75,70	72,67	68,92	68,61
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	23,10	23,00	23,67	23,39	27,43	31,58	36,44	34,98	36,34	36,36	34,95
Doenças do olho e anexos	18,01	26,23	22,77	11,26	18,82	21,40	24,16	26,58	26,06	29,63	23,48
Doenças do sistema nervoso	18,04	17,24	18,18	18,65	19,84	19,50	18,62	20,07	21,86	17,62	17,32
Transtornos mentais comportamentais	26,31	25,63	25,08	24,87	24,09	23,09	21,19	18,31	16,11	13,98	12,42
Doenças sistema osteomuscular	31,60	31,70	34,74	21,84	18,53	17,90	17,08	16,24	15,37	13,88	13,32
Doenças sangue	10,49	10,03	10,88	10,39	11,04	11,85	11,38	11,62	11,71	11,71	12,52
Doenças do ouvido e da apófise mastoide	0,14	0,11	0,13	0,18	0,29	0,32	0,29	0,26	0,42	0,40	0,53

*taxas por 10000 habitantes

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). IBGE, 2018.

Tabela 3. Taxas das AIH pagas da Região Sudeste, por Capítulo (CID 10), em idosos com 60 anos ou mais, no período de 2005-2015.

Capítulo CID-10	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Doenças do aparelho circulatório	390,31	372,11	360,41	284,28	319,01	313,47	300,89	291,64	277,92	268,42	257,51
Doenças do aparelho respiratório	188,78	185,67	180,82	166,10	163,25	166,10	159,43	151,79	148,81	143,40	141,45
Neoplasias	115,38	114,22	119,16	157,29	102,63	107,99	103,65	119,23	123,72	125,67	128,61
Outras causas	110,00	109,42	113,85	118,86	114,57	116,67	111,99	116,89	119,33	120,02	122,16
Doenças do aparelho digestivo	125,62	121,84	123,72	84,87	115,82	120,55	115,71	115,42	112,86	114,66	111,14
Doenças do aparelho geniturinário	78,54	71,19	73,71	73,29	79,88	84,81	81,41	86,55	85,26	89,08	89,72
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	60,57	60,46	56,62	67,26	58,29	66,08	63,43	61,91	64,65	68,04	72,60
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	66,29	61,06	59,63	69,54	56,06	57,17	54,87	50,12	46,65	44,24	42,05
Transtornos mentais e comportamentais	73,15	70,83	67,10	23,39	59,54	55,98	53,74	47,51	42,74	38,72	34,47
Doenças do olho e anexos	22,41	24,94	29,10	11,26	21,84	25,95	24,91	31,42	31,81	31,73	30,37
Doenças do sistema nervoso	35,59	35,79	32,53	18,65	28,92	28,28	27,14	24,53	24,13	23,92	24,37
Doenças sistema osteomuscular	36,35	36,02	36,18	24,87	25,60	25,71	24,67	23,71	24,39	24,42	24,03
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	17,18	16,41	16,46	21,84	17,50	19,23	18,46	21,17	21,10	22,36	22,20
Doenças sangue	11,48	10,72	11,08	10,39	11,62	12,30	11,80	12,49	12,35	12,84	13,29
Doenças do ouvido e da apófise mastoide	0,44	0,42	0,51	0,18	0,55	0,65	0,62	0,70	0,66	0,70	0,75

*taxas por 10000 habitantes

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). IBGE, 2018.

**CAUSAS DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES EM IDOSOS POR REGIÕES DO
BRASIL: SÉRIE HISTÓRICA DE 10 ANOS**

Tabela 4. Taxa de AIH aprovadas da Região Sul, por Capítulo (CID 10), em idosos de 60 anos ou mais, no período de 2005-2015, Brasil.

Capítulo CID-10	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Doenças do aparelho circulatório	516,44	490,34	477,83	447,77	444,83	428,37	407,96	387,56	382,77	374,14	366,24
Doenças do aparelho respiratório	398,34	391,43	383,13	329,20	336,39	332,70	323,56	286,30	291,56	269,54	259,52
Neoplasias	149,33	157,36	160,24	137,71	145,60	148,12	149,34	158,60	163,41	171,46	179,39
Doenças do aparelho digestivo	160,45	156,37	154,57	151,23	150,72	148,03	141,01	144,86	142,85	146,30	142,76
Outras causas	109,59	109,48	114,76	130,67	131,74	128,88	128,82	129,29	132,13	135,95	138,29
Doenças do aparelho geniturinário	88,90	84,01	82,57	85,15	91,66	93,92	90,20	92,65	92,53	97,93	98,20
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	80,30	83,57	79,89	90,51	85,41	88,74	80,50	80,38	81,44	82,84	85,71
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	71,16	71,35	70,00	68,69	68,55	66,33	59,82	56,86	52,30	49,96	45,75
Doenças do sistema nervoso	35,04	36,72	38,82	41,89	39,42	39,04	36,19	35,34	34,40	33,79	34,32
Doenças sistema osteomuscular	44,82	42,93	42,91	36,10	31,58	31,29	30,95	31,25	32,71	33,66	32,87
Transtornos mentais e comportamentais	25,42	23,89	22,87	22,88	22,28	23,29	24,20	22,69	21,52	22,01	21,90
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	16,88	16,75	17,41	14,34	14,50	16,70	16,86	17,36	18,13	19,70	22,01
Doenças sangue	14,60	15,22	16,06	17,49	18,97	19,53	17,93	18,71	18,73	18,28	19,75
Doenças do olho e anexos	5,81	7,01	7,50	7,23	11,13	11,22	11,13	10,92	13,86	14,74	15,47
Doenças do ouvido e da apófise mastoide	0,23	0,36	0,36	0,45	0,54	0,47	0,59	0,52	0,68	0,72	0,84

**taxas por 10000 habitantes*

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). IBGE, 2018.

Tabela 5. Taxa de AIH aprovadas da Região Centro-Oeste, por Capítulo (CID 10), em idosos de 60 anos ou mais, no período de 2005-2015, Brasil.

Capítulo CID-10	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Doenças do aparelho circulatório	541,50	494,48	449,69	2407,16	399,60	387,38	359,34	327,14	311,13	292,43	279,17
Doenças do aparelho respiratório	383,18	358,54	344,49	292,79	292,56	297,28	292,04	242,20	241,46	219,42	214,79
Outras causas	143,84	138,73	137,73	138,49	136,71	133,14	133,30	133,56	139,97	140,55	150,23
Doenças do aparelho digestivo	187,66	173,49	166,73	157,45	158,40	157,81	148,82	137,60	142,15	135,48	126,75
Neoplasias	124,29	124,71	121,99	100,30	104,41	109,13	108,86	107,68	109,34	111,51	112,16
Doenças do aparelho geniturinário	112,05	102,99	105,16	105,42	112,97	115,29	108,70	102,11	103,66	101,07	100,41
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	115,78	121,63	108,14	108,92	98,78	123,30	92,22	80,95	93,09	85,61	90,50
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	96,65	99,18	97,05	89,77	88,93	90,21	80,49	71,21	66,38	60,05	52,35
Doenças do olho e anexos	12,81	11,57	15,11	11,12	11,53	15,87	19,65	25,46	27,01	29,87	32,97
Doenças sistema osteomuscular	42,34	38,82	34,62	31,56	25,35	25,88	24,14	21,45	23,62	24,48	23,52
Doenças do sistema nervoso	31,38	35,48	34,60	34,90	32,54	30,76	29,73	30,60	27,19	25,11	23,32
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	17,99	16,34	16,93	13,48	13,91	16,83	16,61	18,07	18,82	18,61	18,00
Transtornos mentais e comportamentais	25,73	25,55	24,48	23,44	21,40	22,47	20,50	18,73	18,06	15,73	15,84
Doenças sangue	12,98	13,53	14,03	13,33	12,78	14,02	14,47	13,58	13,57	13,57	13,31
Doenças do ouvido e da apófise mastoide	0,38	0,35	0,33	0,61	0,83	0,71	0,77	0,87	0,83	0,82	0,96

*taxas por 10000 habitantes

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), IBGE, 2018.

DISCUSSÃO

O presente estudo objetivou analisar as causas de internações em idosos, por regiões brasileiras, em um período de 10 anos. Com base nos achados, pode-se observar diferenças entre as principais causas de internação, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, em que as doenças parasitárias e infecciosas ainda estão presentes. Esses resultados são relevantes, uma vez que podem auxiliar os profissionais da saúde e gestores a mapearem as principais doenças que acometem os idosos e que levam à internação hospitalar, possibilitando o delineamento de políticas de saúde pública específicas conforme as necessidades de cada região.

A ampliação do tempo de vida é uma realidade e traz consigo um grande desafio para as políticas públicas, pois as melhorias no âmbito de saúde estão longe de se distribuir de forma equitativa nos diferentes países, regiões e contextos socioeconômicos⁸. Tendo em vista os dados encontrados, nota-se que as regiões Norte e Nordeste ainda apresentam um grande número de internações por doenças infecciosas e parasitárias. Em vista disso, é possível analisar as condições de vida da população e o saneamento básico das regiões, uma vez que essas doenças podem ser evitadas por meio de ações básicas de prevenção em saúde, reforçando a existência das desigualdades entre as regiões brasileiras⁹.

Nossos resultados estão de acordo com os encontrados no estudo de Schramm et al.⁵, em que os autores demonstraram que no Brasil a transição epidemiológica apresenta um padrão diferente quando comparada a outros países desenvolvidos. Nessa pesquisa observou-se que as doenças transmissíveis ainda persistem em algumas regiões do Brasil

(Norte e Nordeste), bem como o aumento das doenças crônicas degenerativas. Entretanto, apesar da permanência das internações por doenças infecciosas e parasitárias nas regiões Norte e Nordeste, observa-se um decréscimo significativo ao longo dos anos, podendo ser explicadas pela maior cobertura de Estratégias de Saúde da Família nessas regiões⁹.

No que se refere às doenças do aparelho respiratório, grande parte apresenta relação com o vírus Influenza, que pode provocar agravos respiratórios como pneumonia e outras afecções. A ampla vacinação de idosos contra o vírus se mostrou eficiente como estratégia nacional, focalizada desde 1999, nos serviços de Atenção Primária à Saúde¹⁰. Além dessas, as taxas de internações em decorrência das doenças do aparelho circulatório também diminuíram, possivelmente, devido às práticas em saúde na atenção primária, prática de atividade regular, educação em saúde, dentre outras¹¹⁻¹².

A região Centro Oeste é a segunda maior região do país em extensão e a menos populosa. Ela é composta pelos estados de Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Distrito Federal¹³. Nesta região houve uma redução nas internações por doenças infecto-parasitárias, assim como mortes por essas causas. Este fato pode ocorrer devido à presença de fatores de proteção como a assistência à saúde, o acesso aos serviços públicos de saúde, o controle de doenças transmissíveis, entre outros, que contribuam para o aumento da expectativa de vida dos idosos, reduzindo as internações e mortes por causas infecciosas e aumentando a possibilidade de adquirirem doenças crônicas e degenerativas com o avançar da idade. Isso corrobora o fato das internações por doenças do aparelho circulatório serem a maior dentre as demais na região.

Dentro os motivos de internações, destaca-se a Hipertensão Arterial que atualmente é a doença crônica não transmissível mais frequente entre os idosos¹⁴. Essa condição está presente em até 34% dos indivíduos com mais de 75 anos¹⁵.

Nas regiões Sul e Sudeste, observou-se que as patologias oftalmológicas, aumentaram sua ocorrência durante a série histórica apresentada neste estudo, tendo seus valores iniciais de 2005 em 5,81 e em 2015 com taxa de 15,47. Conforme citado pela autora Toscano¹⁶, esse aumento pode estar atribuído às complicações decorrentes de doenças crônicas, como diabetes *mellitus* e hipertensão arterial sistêmica, em decorrência de suas alterações micro e macrovasculares.

As limitações do estudo são provenientes da utilização de dados secundários como o SIH-SUS. Esses sistemas de processamento de informações não são homogêneos em todas as regiões do Brasil, visto que existem diferenças de tecnologias, registros de dados e de gerenciamento dos serviços de saúde em cada região, podendo comprometer a qualidade das informações apresentadas. Além disso, essa base de dados não emite mais de uma AIH para o mesmo indivíduo devido às longas internações, muito comum em idosos, e apresenta como possível limitação um direcionamento errôneo da estrutura de remuneração do sistema que, muitas vezes, favorece a lógica financeira em detrimento da validade dos dados epidemiológicos

A partir dos dados é importante enfatizar que existe uma polarização epidemiológica entre os tipos de agravos à saúde, posição geográfica e condição social. As situações epidemiológicas nas diferentes regiões do país mostram expressivos contrastes devido às desigualdades de renda, acesso aos serviços de saúde, nível educacional

da população, saneamento básico adequado, dentre outros¹⁷.

Nesta perspectiva, o processo histórico de desenvolvimento, industrialização e urbanização de determinadas regiões desenham as diferenças sociais e econômicas do país e, conseqüentemente, refletem no grau de investimento em saúde pública e melhorias de indicadores epidemiológicos¹⁸.

CONCLUSÃO

Com base nos resultados, observamos que as principais causas de internações hospitalares em idosos nas regiões brasileiras, no período estudado, são por doenças do aparelho circulatório e aparelho digestivo. Além disso, é possível notar que as regiões do Brasil apresentam particularidades no âmbito da saúde, e que estas podem influenciar nas causas de internação dos idosos, bem como no acesso e prática de promoção, prevenção e intervenção em saúde pública, e implementar adequações.

Diante disso, torna-se importante conhecer as principais causas de internações dos idosos visto que os cuidados com idosos hospitalizados demanda de uma abordagem sistematizada para o manejo clínico geriátrico, e a necessidade de implementar adequações estruturais para atender as necessidades desta população com condições clínicas complexas.

REFERÊNCIAS

1. Lima-Costa MF, Veras RP. Saúde pública e envelhecimento. *Cadernos de Saúde Pública*. V.19, n.3, p.700-701, 2003.
2. Carvalho JAM, Garcia RA. The aging process in the Brazilian population: a demographic approach. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(3):725-733, 2003.
3. Omran AR. 2001. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *The Milbank Quarterly*, V 83, N. 4, p. 731-57, 2005.
4. Minosso JSM, Amendola F, Alvarenga MRM, Oliveira, MAC. Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. *Acta Paul. Enferm.*, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 218-223, Apr. 2010.
5. Schramm JMA, Oliveira AF, Leite IC, Valente JG, Gadelha AMJ, Portela Margareth C, et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.9, n.4, p.897-908, 2004.
6. Sousa-Muñoz RL, Marianne SM, Vanessa C, Werton S, Victor EP, Ângela SF. Satisfação do paciente idoso com internação em um hospital universitário. *Revista de administração em saúde*. v.17, N. 68, 2017.
7. Mendonça MS, Souza-Muñoz RL, Vieira ATP, Silva AEFV, Sales VCW, Moreira IF. Incapacidade para atividades da vida diária em pacientes idosos à admissão hospitalar e sua relação com evolução desfavorável. *Revista de Medicina e Saúde de Brasília*, v.5, n.1, p.23-41, 2016.
8. Veras RP, Martha O. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. *Ciênc. saúde coletiva*. 2018. June [cited 2019 Mar 28]; 23(6): 1929-1936.
9. Júnior VBS. The Interface between Infectious and Parasitic Diseases and the Family Healthcare Program in Brazil. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. v. 24, n.4, 2018.
10. Façanha MC. Impacto da vacinação de maiores de 60 anos para influenza sobre as internações e óbitos por doenças respiratórias e circulatórias em Fortaleza - CE - Brasil. *J Bras Pneumol*. 2005;31(5).
11. Marques AP, Montilla DER, Almeida WS, Andrade CLT. Hospitalization of older adults due to ambulatory care sensitive conditions. *Rev Saúde Pública* 2014;48(5):817-826
12. Marques LP, Confortin SC. Circulatory Diseases: Leading Cause of Hospitalization of Elderlies in Brazil between 2003 and 2012. *R Bras Ciên Saúde* 19(2):83-90, 2015.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Divisões Regionais do Brasil*. 2017.
14. Malachias MVB, Souza WKS, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT, et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Capítulo 11. Hipertensão Arterial no Idoso. *Arq Bras Cardiol*. 2016;107: 64-6.
15. Milech A. Tratamento de pacientes idosos. In: *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2015-2016*. São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016. P. 295-300.
16. Toscano CM. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 885-895, Dez. 2004.
17. Araújo JD. Polarização epidemiológica no Brasil. *Informe Epidemiológico do SUS*. 1992; 1(2): 6-15.
18. Vasconcelos AMN, Gomes MMF. Transição demográfica: a experiência brasileira. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2012 Dec; 21(4): 539-548.

TRATAMENTO DO IDOSO NO AMBIENTE HOSPITALAR

Treatment of the elderly in the hospital environment

Renilde Ana Puschel de Alvarenga¹, Giseli Cipriano Rodacoski², Natalie Aparecida Ferreira da Silva³, Ana Paula de Souza Pulsides⁴, Andressa Paola Queiroz de Oliveira⁵.

1. Administradora, Associação Beneficente São Francisco de Assis. Umuarama – PR, Brasil.
2. Psicóloga. Mestre em Educação, Doutorado na linha de pesquisa Ensino na Saúde, Docente na Escola de Saúde Pública do Paraná. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4837-9331>
3. Enfermeira. Especialista em Segurança do Trabalho, Gerente de Qualidade da Associação Beneficente São Francisco de Assis. Umuarama – PR, Brasil.
4. Especialização em Psicologia pela Universidade Paranaense, Brasil (2017). Equipe multidisciplinar do Centro de Integração Empresa-Escola, Brasil
5. Mestre em Enfermagem, Docente da Universidade Paranaense. Enfermeira da Associação Beneficente São Francisco de Assis. Umuarama – PR, Brasil.

CONTATO: Renilde Ana Puschel de Alvarenga | Email: renilde.alvarenga.adm@gmail.com

COMO CITAR Alvarenga RAP, Rodacoski GC, Silva NAF, Pulsides APS, Oliveira APQ. Tratamento do idoso no ambiente hospitalar. R. Saúde Públ. Paraná. 2019 Jul.;2(Suppl 1): 82-92.



COPYRIGHT Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

RESUMO O presente artigo descreve a experiência da gestão hospitalar com a problematização da atenção ao idoso e o planejamento de mudanças na Instituição para melhorar a qualidade do cuidado durante as hospitalizações. Considera a inversão da pirâmide demográfica com o crescimento populacional acima dos sessenta anos de idade, fator que vem redirecionando as políticas sociais e de saúde. Este aspecto gera grande impacto na realidade das famílias, considerando as condições econômicas, sociais, culturais, conhecimentos e os agravos crônicos que exigem um atendimento especializado em toda cadeia de prestação de serviços e bens de consumo. Cumpre assinalar que

o ambiente hospitalar terá destaque, como fonte de qualidade de vida e bem-estar para a saúde do idoso, se a administração hospitalar proporcionar a integração do tripé: ambiente hospitalar x profissionais de saúde x paciente/cliente, através de planejamento voltado à integração ativa do idoso no seu processo de tratamento, com vínculos de solidariedade, amor, carinho e respeito a sua história, por meio de projetos que tornem confortável uma experiência que poderia ser desagradável.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção à Saúde do Idoso. Planejamento de Cuidado. Gestão Hospitalar.

ABSTRACT The present article describes the hospital management experience with the problematization of care of the elderly, and the planning of changes in the Facility to improve quality of care during admission. It takes the inversion of the demographic pyramid with growth of population over sixty years of age into account, a factor that has been redirecting social and health policies. This aspect begets a great impact on the reality of families, regarding the economic, social and cultural conditions, knowledge, and chronic problems that require specialized care in the supply chain of services and consumer goods. It is worth noting that the hospital environment will be highlighted as a source of quality of life and welfare for the health of the elderly, if the hospital administration provides tripod integration: hospital environment x health professionals x patient/client, through planning for active integration of the elderly in their treatment process, with bonds of solidarity, love, affection and respect for their history, through projects that make an experience that could be unpleasant comfortable.

KEYWORDS: Health Services for the Aged. Care Planning. Hospital Administration.

INTRODUÇÃO

Com o envelhecimento populacional, destacou-se a necessidade de novos conceitos nas múltiplas implicações de políticas sociais, de saúde, culturais e econômicas. Em expansão, a "Saúde do Idoso" acelera as transformações dos modelos válidos que até o presente momento cuidavam do adulto jovem, para diretrizes que tratem da síndrome geriátrica e dos desafios do envelhecimento bem-sucedido¹.

A "Saúde do Idoso", como base de estudos e pesquisas, requer que profissionais

das mais diversas áreas se mobilizem para observar e planejar o entorno e todas as condições fundamentais para a organização do fornecimento de produtos e serviços destinados ao atendimento de sua imprescindibilidade. Os estudos voltados ao planejamento da saúde do idoso tomam uma dimensão intensa em todos os setores da economia, pela importância de planificar o processo produtivo de bens e serviços. A divisão de saúde, que afinada ao planejamento da qualidade de vida, condiciona o bem-estar do idoso e de sua representatividade

na família, na sociedade e na economia¹.

A Administração, que foi regulamentada somente em 9 de setembro de 1965 no Brasil, é uma ciência antiga e que ganhou maior visibilidade na revolução industrial e em seus precursores por intermédio de suas metodologias, apresentando as ferramentas de planejamento, organização, comando, controle e coordenação das atividades a serem desenvolvidas², assim como outros métodos que proporcionam sustentação à execução das tarefas e seus resultados. A análise de dados e informações são fundamentais na formulação de estratégias, onde cada produto ou prestação de serviços será disponibilizada como produto final ao cliente, recaindo a este critério também a prevenção no tratamento médico e hospitalar das morbidades e comorbidades. As perspectivas mundiais no segmento de saúde passam por incontáveis transformações, as quais direcionam as ações governamentais em todos os países, ações essas que são divergentes somente na caracterização com maior ou menor capacidade econômica.

Considerando o acima citado, o que regerá as estratégias segundo as Nações Unidas serão as mudanças no perfil demográfico, que mostra que no ano de 2050 o mundo terá 29,3% da população acima de 60 anos de idade³. Não obstante dessa realidade, o Brasil segue o mesmo trajeto, conforme o editorial Estatísticas Sociais do IBGE datado de 26/04/2018 e atualizado em 01/10/2018, informando que o crescimento da população acima de 60 anos foi de 18% nos últimos 5 (cinco) anos, passando de 25,4 milhões de idosos no Brasil no ano 2012 para 30,2 milhões no ano 2017. O Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro tiveram as maiores taxas de crescimento, e o Amapá impactou somente 7,2% deste resultado⁴. Os resultados destas pesquisas

afetam diretamente as políticas públicas e privadas na efetiva prestação de serviços a este público.

Considerando que as doenças endêmicas já estão estrategicamente incorporadas ao planejamento do Ministério da Saúde, as doenças crônicas ainda submergem perante as ações efetivas em seu controle. As alterações passam de tratamentos agudos para tratamentos crônicos, que, além de envolverem as bases de conhecimento dos profissionais de saúde, exigem também uma nova e adequada estrutura física, humana e familiar totalmente voltada a agregar na rotina os cuidados que antes eram inexistentes⁵.

Ainda pouco explorada, a realidade do envelhecimento populacional avança a largos passos, em planejamentos estratégicos lentos e não resolutivos na prevenção e tratamento de doenças crônicas como fatores de maior risco de morbidade, como diabetes e insuficiência cardíaca³. Dar-se-á então as prerrogativas de observação e intensa ascensão dos programas de desenvolvimento no atendimento primário ao paciente vinculado à atenção básica de saúde, onde o foco é que a conscientização e os cuidados preventivos sejam direcionados à intervenção precoce e conseqüente redução do impacto direto na sua funcionalidade³.

A integração dos atendimentos secundários e terciários que envolvem as instituições hospitalares e centros especializados se dedicam a diagnosticar as morbidades e seus tratamentos num estágio evolutivo da doença já evidenciada. O envolvimento do idoso na sua qualidade de vida através das facilidades tecnológicas e informativas, assim como a melhoria da prestação de serviços públicos de saúde, despertam as redes assistenciais a terem

uma visão voltada na quebra de paradigmas, que até o presente momento se faziam somente por métodos curativos e paliativos nas instituições de saúde, desconsiderando as características próprias de cada paciente acima de 60 anos. As diretrizes estabelecidas no encaminhamento deste paciente no tratamento secundário, em que a necessidade de maior número de especialistas é fundamental para a análise e conduta de sua melhora clínica, expõe as instituições assistenciais a gargalos na prestação de serviços, tanto médico como hospitalares, em uma fragilidade de mudança emergente de preceitos e rotinas que atingem negativamente os resultados esperados¹. A avaliação criteriosa e ágil do cliente acima de 60 anos na sua admissão hospitalar, demonstra qual estrutura é favorável à restauração de sua saúde.

Nesta visão, o planejamento de ambientes que priorizem a promoção da vitalidade e os cuidados na fragilidade do cliente orientam todas as ações condicionantes e determinantes no processo de evolução do tratamento. A implantação do Protocolo de Identificação do Idoso Vulnerável e do Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional – 20, (IVCF-20) constante da Rede de Saúde do Idoso – Linha Guia – 2017³, determina o acolhimento ao melhor ambiente para a restauração de sua saúde. Em sua tese de doutorado, a ilustre Dra. Marina Peduzzi expõe claramente, em um estudo riquíssimo de informações sobre a interação e trabalho da equipe multiprofissional, o quão difícil é a visão conjunta das intervenções e ainda expressa a complementariedade e a interdependência dos profissionais na busca do trabalho coletivo, pelas particularidades de atenção de cada profissional.⁶

A administração e o planejamento dos profissionais da saúde objetivam o elo das ações

voltadas ao paciente e podem vincular meios de comunicação e entrosamento em suas equipes, discernindo as intervenções técnicas de cada área. Com o compartilhamento destas informações advindas das equipes e de modo subjetivo na busca de possibilidades da influência do paciente em sua recuperação, torna-se possível a inserção de projetos lúdicos, vislumbrando a substituição do engessamento do paciente acamado para a substituição de sua rotina como novo conceito perceptivo do idoso, na melhoria da qualidade de vida e bem-estar no envelhecimento saudável.

O lúdico possui um papel de extrema relevância no contexto da institucionalização por facilitar as relações interpessoais, promover o alívio de sensações desagradáveis e aumentar a capacidade de enfrentamento, uma vez que oportuniza a (re)organização da vivência em determinadas situações⁷ acrescentando ainda a descontração psicológica do momento de dor vivido pelo paciente. Para os idosos, a institucionalização pode acelerar e/ou acentuar a velocidade das perdas funcionais, forçando o declínio das funções físicas e cognitivas, bem como promover sentimentos de humilhação e abandono⁷. É bem verdade que os hospitais e seus profissionais se encontram em um ambiente de estruturação escassa para este público, carente de planejamento das bases assistenciais que demandam investimentos em recursos físicos, tecnológicos, humanos e conhecimentos específicos, perceptíveis na rotina de trabalho.

A administração, por sua vez, dentro do contexto real, ainda que com falta de recursos, tem como maximizar ações relevantes na melhoria da permanência do cliente no tratamento médico e hospitalar. Quanto aos ambientes, investimentos mínimos podem auxiliar na manutenção/recuperação,

proporcionando meios que evitem o declínio de fatores causadores de dependência, como processos de tristeza, falta de independência por estar fora de seu ambiente, depressão, diferença na rotina de banho, alimentação, vestuário, atividades diárias, costumes e hábitos⁸, fatores estes que, quando observados, podem traçar meios complementares de equilíbrio psicológico e físico estrutural para estas lacunas causadas na ambientação e rotina dos hospitais.

Refletindo a partir do acima exposto, formula-se então o relato de experiência evidenciado pela instituição de saúde contextualizada neste artigo, no descritivo de suas metodologias e nos resultados obtidos.

RELATO DA EXPERIÊNCIA

O Estado do Paraná, em referência à Linha Guia da Rede de Saúde do Idoso – 2017, vem desenvolvendo estudos nas bases de saúde, os quais têm grande relevância na realidade das instituições de saúde, nos níveis primários, secundários e terciários, a fim de detectar as patologias agravantes que levam os pacientes a terem sequelas irreversíveis, impossibilitando a execução de suas atividades, onde os cuidados preventivos poderiam ter sido minimizados ou eliminados, mantendo sua qualidade de vida.

A inércia e a desconsideração do envelhecimento populacional pelos serviços de saúde deixaram o sistema amortecido em novas ações, motivo que repentinamente trouxe a inversão dos caminhos em todos os níveis governamentais, pela estruturação das bases de atendimento.

A permanente problematização da situação atual e indesejada é rotina na Instituição cenário

deste relato de experiência. A população idosa requer atenção especial pelo entendimento de que estes clientes ainda não são considerados em suas especificidades, e sim são atendidos da forma habitual como quaisquer outros na instituição. Isto desperta a oportunidade de se ter maior resolubilidade no tratamento multi e interprofissional, que conduzirá a uma conduta assertiva no tratamento curativo em ambiente hospitalar e, também, contribuirá para o autocuidado em ambiente domiciliar, na prevenção de patologias causadas por falta do conhecimento de cuidados básicos no dia a dia.

O índice de pacientes idosos está acima de 30% (trinta por cento), expondo a instituição atualmente se colocar em uma posição para priorizar novas atuações de melhoria na avaliação, acolhimento e tratamento deste paciente, no tocante a sua vitalidade/fragilidade como fator obrigatório na realidade da pirâmide demográfica.

O diferencial em converter culturas de tratamentos convencionais de leito para a viabilidade de tratamento multi e interprofissional com a participação do paciente ativamente no processo de recuperação, conceitua-se como base para uma nova diretriz na estabilidade da instituição e principalmente do paciente que nos propomos a cuidar.

O Hospital CEMIL – Centro Médico Materno Infantil Ltda. iniciou suas atividades em abril de 1978, com o objetivo inicial de ser materno e infantil, mas para melhor atender as necessidades de saúde da população referenciada, as atividades acabaram voltando-se para hospital geral, tendo como prioridade a qualidade dos serviços médicos prestados e a qualidade das medicações, materiais, insumos gerais e uma preocupação permanente com a

qualificação dos profissionais diretos e indiretos envolvidos no processo de atenção ao paciente.

Estes valores se intensificam a partir de junho de 2014, quando o CEMIL – Centro Médico Materno Infantil Ltda. passou a ser administrado pela Associação Beneficente São Francisco de Assis, entidade privada sem fins lucrativos e que diretamente formula novos conceitos de organização estratégica.

Ulteriormente a este marco, além de se valorizar a qualidade dos serviços médicos e hospitalares, também visou o conforto e segurança do paciente durante sua hospitalização, levando o foco à estruturação de ambientes que amenizem as possíveis consequências geradas pela alteração total da rotina do paciente, tirando-o de todo o contexto diário de sua realidade, que incluem o aconchego do lar, a alimentação, o banho, seus afazeres, sua inteiração com o ambiente, familiares e/ou cuidadores. A valorização e a preservação deste “eu” sinaliza para o hospital o tempo de criar mecanismos de integração deste paciente, estimulando-o a contribuir no processo de recuperação, minimizando, assim, a ausência e a essência de sua vida cotidiana, que no momento é substituída muitas vezes por tratamentos dolorosos e que trazem automaticamente o desânimo e o desconforto.

Atualmente novos processos de humanização são valorizados dentro da instituição, destacando-se: Doutores do Riso (palhaços que interagem com o paciente), contação de histórias, Cão Amigo (projetos com cachorros dentro de todos os cuidados fundamentais), Musicoterapia (Coral pelas alas de internamento) e demais projetos que amenizam e alegam o dia dos pacientes.

No entanto, os projetos relacionados são

apenas momentos de alegria e descontração que dissolvem parcialmente a angústia de sua permanência durante o tratamento. A instituição hoje em dia não conta com projetos de participação ativa do idoso em atrações lúdicas, assim como um processo de hospitalização que estimule e considere a sua vitalidade na admissão do asilamento.

O paciente quando é admitido na instituição é classificado quanto ao grau de risco em que se encontra, e quando não caracterizado urgência/emergência de acordo com a regulação SIATE, SAMU, Porta Aberta e/ou Central de Regulação de Leitos, tem sua prioridade conforme legislação no atendimento, e se conduz para o tratamento médico e hospitalar curativo em atenção às investigações diagnósticas.

Nesta permanência, o atendimento multiprofissional nas alas de internamentos ainda é realizado isoladamente em suas visitas, exceto na Unidade de Terapia Intensiva, que é realizado conjuntamente, fato este que dificulta a comunicação entre os diferentes profissionais. A extração dos dados de sua vitalidade fica em confidência dos profissionais assistentes (médicos, fisioterapeutas, enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos), cada qual com sua avaliação e conduta própria da área de atuação.

Desta forma é evidente a lacuna que existe entre o tratamento, bem-estar e a instigação da qualidade de vida que este paciente pode ter durante sua estadia e o despertar do interesse sobre as possibilidades de viver melhor pelo maior tempo que lhe resta. Este conceito também deve ser levado ao conhecimento dos familiares e/ou cuidadores, pois o idoso, a família e o cuidador são protagonistas de muitas dificuldades encontradas em todos os níveis assistenciais (os maus tratos, a desvalorização,

a desconsideração por darem um maior custo ao sistema público de saúde e tantas outras situações constrangedoras que ocorrem com a pessoa idosa), seja na saúde ou em qualquer área do mercado com destinação a produtos ou serviços para idosos.

Considerando todos estes fatores, o hospital inicia o planejamento que visa identificar suas condições e possibilidades de intervenção, mesmo que por breves períodos, mas que podem mudar totalmente para o declínio do bem-estar e da qualidade de vida ainda existente em sua rotina.

A realidade passa por profissionais que necessitam de capacitação específica ao cuidado do idoso, que atualmente é voltada ao cuidado de pacientes em suas diferentes idades, características, diagnósticos e particularidades. Verifica-se que o envelhecimento traz doenças crônicas e também histórias, costumes, hábitos, necessidades, conceitos e valores que estão sendo observados parcialmente pelos profissionais de saúde, por protocolos que preconizam somente a terapêutica medicamentosa.

A equipe multi e interprofissional geralmente não alia a condição clínica à psicológica, que envolve as questões de amor, afeto, solidariedade entre outros valores que estimulam o bem-estar e a esperança de melhora. Entretanto, a família nem sempre é presente, pois inúmeras vezes os idosos estão sozinhos ou com cuidadores estranhos ou de confiança, compartilhando com eles o afeto e o otimismo do seu restabelecimento, sendo que quanto mais distantes estão os afetos, mas propensos os idosos ficam a processos depressivos e de declínio no tratamento, como se pode avaliar por conversação com colaboradores das alas de internação.

Com a problematização da situação atual do atendimento prestado ao idoso na Instituição, os gestores hospitalares definiram a ambiência como ponto-chave para disparar buscas teóricas e técnicas que apontem para hipóteses de solução para uma melhor resposta às necessidades dos idosos hospitalizados.

Seguindo a proposta do Arco de Maguerez (Berbel, 2012), a problematização é uma proposta metodológica cuja preocupação é ativar esquemas de pensamentos de adultos, no contexto do trabalho, para a condução a um novo processo de aprendizagem e de novos conhecimentos para ser aplicado a uma realidade pré-definida, onde "tal pedagogia inicia-se com a problematização e com o olhar crítico sobre a realidade, onde a suspeita, a dúvida, a curiosidade, a indagação, a questão e a pergunta se tornam pontos de partida do conhecimento da realidade" (p. 227).

Em síntese ao observado no ambiente hospitalar e aula expositiva sobre a saúde do idoso, promovida pela especialização do HOSPSUS em consonância com a atual versão de planejamento assistencial à realidade de pacientes que vão se tornando clientes, no tocante a participação efetiva no tratamento de sua saúde, é fato que expõe as fragilidades não somente do próprio paciente, mas também as fragilidades das instituições hospitalares, que, ao invés de serem promotores de qualidade de vida, podem levar o idoso durante a hospitalização a uma acelerada perda funcional, forçando o declínio de suas funções físicas e cognitivas, promovendo sentimentos de humilhação e abandono.

Os cuidados simplistas que podem reverter significativamente as condições mínimas de percepção e melhora dos resultados efetivos

despertam no paciente uma visão mais saudável de seu estado patológico agudo ou crônico.

O ambiente hospitalar influencia na mobilidade e na funcionalidade do idoso, inibindo, mantendo ou desenvolvendo suas capacidades, considerando que a equipe multiprofissional em sua expertise pode contribuir para um ambiente onde as competências técnicas sejam exploradas com resolubilidade conjunta entre o tripé: ambiente hospitalar x profissionais de saúde x paciente/cliente.

A organização de áreas de convívio objetivando a integração socializada do idoso a jogos, rodas de conversa, atividades manuais como crochê, bordados, pintura entre outras realizadas em conjunto, trazem à tona a valorização de seus conhecimentos e experiências, auxiliando na melhora da cognição e bem-estar.

No que concerne à administração hospitalar, esta pode atuar na junção dos elos, maximizando a sintonia entre os envolvidos, conduzindo a metodologias de integração das partes e, conseqüentemente, a análise dos pontos de promoção e pontos de reavaliação a serem revistos por toda a equipe, vínculo de constante avaliação e planejamento.

A conscientização desta realidade na instituição foi despertada por resultado estatístico que impacta em internamentos acima de 30% (trinta por cento) de idosos e pela inversão acelerada da pirâmide demográfica não só do Brasil, como do mundo todo. Assim toda e qualquer estratégia necessariamente deverá estar voltada a critérios reais de decisão, que viabilizem o bem-estar proporcionado pelo ambiente hospitalar e pela junção de esferas governamentais de atendimento que prezem por protocolos onde outros fatores como

automedicação e/ou excessos deverão ser revistos (observação da aula cuidados do idoso – especialização HOSPSUS).

Uma das decisões já priorizadas neste novo olhar administrativo, voltou-se à contratação de um profissional Terapeuta Ocupacional, tendo seu conhecimento específico ao desenvolvimento de projetos lúdicos apresentativos e projetos de integração do paciente/cliente no contexto explorado, pois alguns projetos envolvem custos, porém a questão não é só aperfeiçoar o tratamento em si do idoso, e sim a sua percepção positiva, transformando a sua estadia mais confortável ao invés de dolorosa.

Manter a qualidade de vida do idoso no ambiente hospitalar torna-se um dos pilares para uma gestão eficaz do Hospital CEMIL – Associação Beneficente São Francisco de Assis, onde o slogan é “Amor pela vida”, em suas diferentes fases e especificidades.

DISCUSSÃO

O tema abordado neste artigo expôs a relevância sobre o alto impacto na inversão da pirâmide demográfica em todo o mundo, contextualizando de forma genérica uma transformação profissional e estrutural voltada à qualidade de vida e bem-estar do idoso. O acelerado crescimento do número de idosos no Brasil, nos sistemas sociais, econômicos e assistenciais em saúde e na prestação de serviços trouxe uma realidade jamais explorada com tanta relevância em qualquer período da existência humana. As deficiências nas mínimas ações têm o mesmo impacto do que nos projetos mais audaciosos em qualquer lugar do mundo, exemplo disso é a difícil estratégia em planos de

aposentadoria que sustentarão um público em aumento de expectativa de vida.

Milhares de diretrizes passíveis de incansáveis estudos ainda surgirão como se fossem embriões em conhecimento, no entanto, o exaustivo planejamento atual deve suprir o mínimo das necessidades e melhorar a visível dispersão de decisões errôneas executadas por nossas instituições hoje.

A dispersão estatística se atém aos que melhor ou pior viveram e consideraram o significado do bem-estar na existência humana, ainda que em um olhar míope em uma esfera sem muitas possibilidades, pois o contexto econômico e social claramente identifica uma limitação de conhecimento e solidariedade, além de cultura discriminativa pela inatividade do idoso.

Sem sustentação do processo de transição necessário, a incorporação cultural do respeito e da priorização das ações básicas que atendam as demandas advindas das idades que exigem maior atenção tanto do segmento público, quanto do privado na geração dos recursos humanos, tecnológico, ambiental, estrutural, insumos e de prestação de serviços, os planejamentos são morosos e discrepantes, deixando um gargalo de atenção subdimensionada e com resultados aquém do desejado pelos pacientes/clientes e toda uma sociedade que sofre com a maior inaptabilidade dos idosos, haja vista que com a pouca opção se tornam mais propensos à passividade dos sistemas dependentes.

A experiência vivenciada sobre o assunto despertou a indagação sobre uma assistência voltada a princípios comuns ao respeito de hábitos diários que, nesta fase de vida, são norteadores de uma rotina de grande valor para o idoso e sua alteração implica diretamente em fatores psicossociais favoráveis ou não ao seu

restabelecimento e esperança de poder viver melhor. Tal reflexão leva ao gerenciamento de pequenas atitudes na rotina diária em torno da valorização do ser humano e de suas afinidades, como jogos de carteados, dama, dominó, trilha, rodas de conversas, tricô, crochê, bordados e tantas outras participações integradas ao ambiente hospitalar, que automaticamente amenizam o peso de um tratamento doloroso e inevitável pela descontração psicológica e envolvimento social, como princípio fundamental de uma estabilidade comunitária.

Esta visão incorporada às decisões estratégicas institucionais tem a finalidade de, em um momento tão delicado, expor a ampla possibilidade de melhora do ambiente psicossocial dos pacientes, de seus cuidadores e dos profissionais no tratamento hospitalar, eis que a solidariedade, o amor, o carinho, o respeito, a admiração passam a ser antônimos de um processo automatizado de assistência à saúde. Dá-se então uma amplitude de conhecimento permanente de todos os atores nesta nova fase perceptiva das demandas elencadas neste artigo.

Os autores que intitulam fundamentações acerca dos inúmeros limitantes estruturais da saúde do idoso trazem um cenário de uma inversão na pirâmide demográfica em ascensão, pois os números demonstram que o crescimento da população acima de sessenta anos nos últimos e nos próximos anos² impunha uma situação *sine qua non* às estratégias globais de atenção ao idoso com maior efetividade.

A especialização profissional voltada ao conhecimento e a características inerentes à demanda do público idoso é um dos maiores delimitantes, ora que a realidade é de um atendimento generalizado em condições equitativas e que surtem resultados totalmente

dispersos. O desenvolvimento nesta área já leva autores e profissionais com formação em medicina geriátrica e cuidadores de idosos serem disponibilizados em muitas escolas que visualizaram a demanda existente por esses profissionais, todavia os demais profissionais ainda são formados para o atendimento geral e vão se habituando aos cuidados no trabalho prático.

Os desafios sociais e econômicos fundamentados influenciam diretamente na expectativa e esperança que o idoso tem sobre a sua própria subsistência, trazendo uma realidade dolorosa de muitas vezes não ser capaz de suprir as necessidades básicas de moradia, alimentação e dependência medicamentosa. Tal situação acarreta a desmotivação automática, por análise de sua história e as dificuldades a que são submetidos e sem condição reversiva.

As bases culturais em nosso país identificam uma discriminação do idoso por estar passivo em uma sociedade ativa e de extrema ascendência ao mercado econômico, exigindo o máximo do ser humano, faltando disponibilidade e espírito de solidariedade na dedicação a quem não mais "contribui", em discordância a países como Japão que culturalmente o idoso tem outro valor para a sociedade, pela sua contribuição e experiência.

Considerando que a instituição em sua base estatística do sistema informatizado de internação atende mais de 30% de pacientes acima de sessenta anos, e em referência a mortalidade geral institucional de 100%, os pacientes nesta faixa etária representam a mortalidade 75%, condição esta atrelada a realidade do desenvolvimento de um ambiente hospitalar mais solidário no atendimento desta população carente em todos os sentidos, inclusive de amor, carinho e valorização de

sua construção histórica, de sua passagem pela vida como fonte de conhecimento para os que chegam e ainda estão no processo de crescimento profissional e intelectual.

Na avaliação de autores que discorrem sobre o lúdico, estendemos o interesse de contribuir no bem sucedido envelhecimento saudável, na essência psicossocial e no bem querer individual para a concretização desta escolha pelo maior número de pacientes/clientes no asilamento para tratamento médico e hospitalar inevitável. Os projetos contagiam o ambiente de alegria através de contos, doutores do riso e outros em datas comemorativas que envolvem o carinho das boas lembranças.

Observa-se no descrever a existência de lacunas a serem preenchidas pela falta da inserção do idoso no exercício de sua qualidade de vida e do sentir-se bem, a criação de ambientes adequados e sua integração transformam a passividade do leito para a manutenção de sua vitalidade e funcionalidade.

Na fundamentação teórica existem materiais voltados ao lúdico, havendo carência de materiais que intensificam a implantação dos trabalhos do terapeuta ocupacional na equipe inter e multiprofissional.

Justifica-se a defesa deste artigo pelo planejamento de condições naturais de sua rotina cotidiana na transferência dessas para a ambiência hospitalar, criando mecanismos que minimizem o impacto negativo da hospitalização. Não esgotaremos o conteúdo neste estudo, muita contribuição acadêmica e prática de vivências ainda é fundamental, pela abrangência das demandas geradas e suas complexas diretrizes de resolubilidade.

REFERÊNCIAS

1. Camacho ACLF, Coelho MJ. Políticas Públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery. Rio de Janeiro. RJ. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n2/17> . Acessado em: 14 de novembro de 2018.
2. Rodrigues JCJ. A Ciência da Administração. 2014 Disponível em: <http://www.administradores.com.br/artigos/academico/a-ciencia-da-administracao/77958/> . Acessado em: 14 de novembro de 2018.
3. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção a Saúde. Linha guia de saúde do Idoso. – 1 ed. - Curitiba: SESA, 2017.
4. IBGE. PNAD Contínua. Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017. Editoria: Estatísticas Sociais. 26/04/2018 | Última Atualização: 01/10/2018 15:52:58. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012> . Acessado em: 14 de novembro de 2018.
5. Mafrá SCT. A tarefa do cuidar e as expectativas sociais diante de um envelhecimento demográfico: a importância de ressignificar o papel da família. Rev. bras. geriatr. gerontol. vol.14 no.2 Rio de Janeiro abr./jun. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232011000200015&script=sci_abstract&tlng=pt . Acessado em: 14 de novembro de 2018.
6. Dra. Marina Peduzzi Oliveira FM et al. Recuperação imediata pelo riso: uma experiência de clown. Revista Ciência em Extensão. Universidade Estadual Paulista. ISSN 1679 – 4605. Disponível em: <file:///D:/Downloads/MarinaPeduzzi.pdf> . Acessado em: 15 de novembro de 2018.
7. http://ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/view/711 . Acessado em: 15 de novembro de 2018.
8. Veras R. Garantir a saúde e o bem-estar dos idosos: desafios de hoje e amanhã. Ver Bras Geriatr Gerontol. 2015;18(3):473-74 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232015000300473 . Acessado em: 15 de novembro de 2018.

O IMPACTO DA TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO NA GESTÃO HOSPITALAR

The impact of information technology on hospital management

Kaio Feroldi Motta¹, Angélica Ferreira Urdiales Poncetti², Roberto Zonato Esteves³

1. Administrador (CRA/PR nº 20-28.722); Especialista em Gestão Hospitalar (ESPP/PR); Mestre em Organizações & Empreendedorismo (UEM/PR)
2. Enfermeira (COREN/PR nº 392.885); Especialista em Controle de Infecção Hospitalar e em Saúde (UEL/PR); Especialista em Gestão Hospitalar (ESPP/PR).
3. Médico (CRM/PR nº 16.312); Mestre e Doutor em Endocrinologia Clínica (UNIFESP/SP) e Pós-Doutor em Biologia Celular e Fisiologia Endócrina (UEM/PR).

CONTATO: Kaio Feroldi Motta | Email: kaioferoldimotta@hotmail.com

COMO CITAR Motta KF, Poncetti AFU, Esteves RZ. O impacto da tecnologia da informação na gestão hospitalar. R. Saúde Públ. Paraná. 2019 Jul;2(Suppl 1): 93-102.



COPYRIGHT Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

RESUMO O atendimento das necessidades da sociedade por serviços de assistência à saúde que sejam seguros e detentores de qualidade exige que as Unidades Hospitalares adotem práticas de gestão e assistenciais inovadoras e adequadas a esta nova perspectiva. Frente a este desafio, o presente relato de experiência busca discorrer a respeito do impacto da Tecnologia da Informação (TI) junto à gestão hospitalar, visando demonstrar que os gastos inerentes à mesma não devem ser tidos como custo, mas um investimento, uma vez que o setor auxilia nas tomadas de decisão, gerando benéficas tanto na assistência prestada ao paciente quanto na Administração da Entidade.

Através do presente relato de experiência, foi possível concluir que investimentos na área tecnológica e informacional nem sempre precisam estar condicionados a grandes aportes financeiros.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão Hospitalar. Tecnologia da Informação. Assistência ao Paciente.

ABSTRACT Meeting the needs of society for health care services that are safe and of high quality requires Hospital Units to adopt innovative management and assistance practices that are appropriate to this new perspective. Faced with this challenge, the present experience report seeks to discuss the impact of Information Technology (IT) on the hospital management, aiming to demonstrate that the expenses inherent in it should not be considered ascost, but as investment, since the sector assists in decision making, generating benefits both in the care provided to the patient and in the Administration of the Entity. Through the present report of experience, it was possible to conclude that investments in the technological and informational areas do not always have to be conditioned to large financial contributions.

KEYWORDS: Hospital Administration. Information Technology. Patient Care.

INTRODUÇÃO

O atendimento dos anseios da sociedade por serviços de saúde seguros e de qualidade – aliado à constante busca de inovações tecnológicas – exige práticas de gestão e assistenciais inovadoras e adequadas a esta nova demanda¹. Hoje, vive-se um tempo em que *qualidade* e *segurança* assumem papéis vitais no cotidiano dos serviços prestados à saúde, tanto a nível nacional como internacional, sendo os dias atuais reconhecidos pela literatura como sendo a *Era da Segurança*².

Neste sentido, a corrida tecnológica e informacional não deixou a área da saúde à margem. Tanto no cuidado ao paciente e possibilidades de realização de exames

imagiológicos e laboratoriais, como também junto à análise e gerenciamento de relatórios, serviços, e resultados, a tecnologia passa a desempenhar cada vez mais um papel essencial no cuidado ao paciente e na gestão do serviço médico-hospitalar³. Com isso, investimentos em tecnologias têm sido o cerne das discussões em workshops, fóruns, congressos e eventos da saúde, de modo que a contribuição seja não apenas junto à assistência, mas também na gestão hospitalar.

No âmbito hospitalar, devido à heterogeneidade de serviços prestados, existe hoje neste meio desde simples métodos computadorizados até os mais complexos e

sofisticados aparatos tecnológicos assistenciais e de gestão⁴. Logo, a tecnologia torna-se uma constante tão positiva na área que se torna praticamente impossível pensar em desenvolvimento na saúde sem associar os termos *evolução* e *tecnologia*⁴. No entanto, apesar de todo este enfoque e busca constante em se aliar saúde à Tecnologia da Informação (TI), o Brasil ainda enfrenta barreiras quando se trata de investimentos neste setor.

Dos 6.391 hospitais existentes no país, 70% deles possuem menos de 100 leitos, considerados pelo Ministério da Saúde de pequeno porte⁵, o que faz com que o recebimento de recursos financeiros seja mais escasso. Somado a isto, tem-se ainda que pelo menos metade dos hospitais no Brasil não possuem Sistemas de Informações integrados⁵, com informações pouco em nada processadas. Um dos motivos para o investimento pelas unidades hospitalares neste setor ainda ser um tanto quanto modesto – além, é claro, da falta de recursos de ordem financeira – é a forma como a TI trilhou seus caminhos ao longo dos anos no cenário nacional.

De início, os sistemas hospitalares foram desenvolvidos para atender às demandas administrativas, como a parte financeira, folha de pagamento e contabilidade. Apenas tempos depois é que se buscou a automação das rotinas assistenciais⁶. Como resultado, isso fez com que os Sistemas de Informações Hospitalares (SIH) contivessem diversos módulos e subsistemas, havendo outros grupos de informação dentro de tais abas, tornando o manuseio dos mesmos cada vez mais complexo. Conseqüentemente, a TI, historicamente, é orientada pelo mercado e não pelas necessidades do usuário, fazendo com que os profissionais da saúde é que tenham de se ajustar à tecnologia, e não o contrário, tornando o custo/benefício de tais sistemas inviável, haja

vista a pouquíssima adesão aos mesmos – ainda que os benefícios a médio e longo prazos sejam gritantes⁶.

É preciso trabalhar de forma contrária a esta visão, mostrando que a TI possui papel não apenas significativo, mas fundamental no processo de assistência à saúde e gestão Hospitalar, uma vez que, de modo geral: auxilia na elaboração de planejamento estratégico; fornece subsídios para o acompanhamento dos serviços; agiliza a comunicação interna e também externa (fornecedores e clientes); e facilita tarefas burocráticas e administrativas³.

Portanto, frente a este desafio, o presente artigo objetiva discorrer a respeito do impacto da TI no âmbito da gestão hospitalar, demonstrando que os gastos inerentes à mesma não devem ser vistos como custo, mas sim investimento, haja vista a melhora junto à Administração do hospital como um todo, gerando benéfices não apenas à assistência prestada ao paciente, mas também à gestão em nível hospitalar como um todo.

REFERENCIAL TEÓRICO

Vive-se nos tempos atuais um movimento em busca constante por eficácia, qualidade e eficiência na saúde, tendo a administração hospitalar voltado sua atenção de forma considerável não apenas para os processos assistenciais, mas também em nível de gestão, necessitando de forma crescente da integração dos diferentes setores e respectivos processos de trabalho¹. No passado, a gestão de um hospital convivía com pouco ou nenhum planejamento estratégico e informações dispersadas, entretanto hoje a busca incessante

tornou-se pela coordenação do maior número possível de processos assistenciais, integrando suas informações à gestão e tornando a necessidade de sistemas de gerenciamento e informação hospitalar uma constante que cresce exponencialmente.

Diferentemente de outros setores do país, onde a incorporação tecnológica é vista de forma negativa (como, por exemplo, um facilitador para a geração de desemprego), na esfera da saúde sua inclusão é positiva, haja vista trazer melhorias na prestação de serviços e diagnóstico de patologias, gerando como consequências melhora no atendimento, aumento da idade média da população, dentre outras benéficas⁴. Neste cenário cada vez mais complexo é que a TI vem tornando-se uma ferramenta essencial da administração, uma vez que auxilia não mais apenas no armazenamento de dados e sua gestão de forma fragmentada – em vistas do passado – mas também no processamento dos mesmos, transformando-os em informação e proporcionando a gestão destes recursos integradamente⁷, apoiando as tomadas de decisão dos gestores da saúde.

Sob este enfoque, tem-se cada vez mais ambientes de trabalho que zelam pela segurança e qualidade dos serviços prestados, educação permanente e incentivo à criação de uma cultura organizacional onde a culpa cede lugar ao aprendizado² e o enfoque da TI deixa de estar voltado à correção das atividades e passa a fazer uso dos recursos tecnológicos com fins de prevenção. Diante de tal perspectiva, aliada à busca pela padronização de processos, a assistência mantém vínculos estreitos com a gestão hospitalar, trazendo credibilidade ao hospital, maior procura da clientela pela prestação de serviços, maior número de atendimentos

e, conseqüentemente, um aumento no capital financeiro da instituição.

Neste cenário, tendências de reorganização dos processos assistenciais emergem e acabam por privilegiar novos conceitos, reformulando as formas até então tradicionais das práticas médico-hospitalares. Destarte, com o surgimento e implantação de novas tecnologias às práticas de gestão – sejam elas assistenciais ou administrativas – surgem novos métodos de atendimento às demandas dos clientes, gerando resultados como, por exemplo, a redução da média de permanência em hospitais, o crescimento do atendimento ambulatorial mais complexo e desospitalização de pacientes até então hospitalizados⁸.

Faz-se mister destacar também que o investimento em aparatos tecnológicos aplicados à saúde são capazes de gerar benefícios não apenas aos pacientes, mas também aos profissionais de saúde, tornando a prática médica e de enfermagem muito mais eficiente, mais eficaz e com efeitos menos deletérios. Neste sentido, seja por meio da simples digitalização de uma rotina, ou da implantação de um novo *software* que venha a se tornar um facilitador de processos, o uso da tecnologia aplicada com fins de informação e comunicação, focada na gestão hospitalar, possibilita ao profissional da saúde focar em seu maior objetivo, o atendimento do paciente, trazendo, concomitantemente, melhoria junto à assistência, maior controle em termos de processos e rotinas e maior eficiência na gestão da unidade hospitalar⁹.

Vê-se, desta forma, emergir uma mudança na entrega de saúde, alterando inclusive o modelo de negócio na esfera médico-hospitalar, tornando a TI mais que um departamento dentro das unidades assistenciais, mas um centro

integrador da inteligência com os processos e rotinas do negócio¹⁰. Logo, a tecnologia hospitalar movimenta-se continuamente com a busca constante pela inovação, exigindo permanente preocupação dos responsáveis pelos serviços, almejando sempre a competitividade e a superação dos padrões até então vigentes¹¹.

Toda integração se torna real através da otimização dos fluxos de trabalho, assegurando resolutividade ao paciente, qualidade ao profissional e credibilidade à empresa, integrando cuidados e fazendo com que a tecnologia funcione de forma convergente¹⁰. Neste sentido, é possível afirmar que no caso de organizações hospitalares – objeto de estudo do presente artigo – as ligações em rede e o vínculo dos processos de trabalho com sistemas e inovações propostas pela TI fazem com que seja possível salvar vidas e contribuir para o sucesso da organização¹².

Assim, para que todo o processo ocorra de forma salutar e gere resultados satisfatórios, viáveis e rentáveis do ponto de vista estratégico e de gestão, torna-se *conditio sine qua non* o apoio da Administração Hospitalar, estando o sucesso da integração entre a TI e todo o nível de trabalho hospitalar dependente do estilo de gestão da Diretoria. A qualidade dos serviços na saúde exige investimentos em infraestrutura, equipamentos e, também, *softwares* que permitam aplicações, integrações e serviços tecnológicos adequados às demandas hospitalares¹².

RELATO DE EXPERIÊNCIA E DISCUSSÃO

As unidades hospitalares são organizações

heterogêneas que trabalham com demandas e serviços específicos a cada instituição, cabendo serviços e rotinas singulares. Neste sentido, haja vista a tamanha diferença na tipologia das atividades realizadas e serviços prestados dentro de cada hospital, não é possível projetar um modelo único e ideal de avanços tecnológicos a ser seguido. Na verdade, é cabível que cada instituição defina seus investimentos e enfoques junto à TI de acordo com sua realidade situacional e regional, a fim de que os avanços junto à tecnologia ocorram de forma adequada ao modelo de serviço ao qual a unidade hospitalar se propõe.

Com base no exposto, o presente relato de experiência traz ao leitor os avanços da TI e seu impacto junto à gestão da Fundação Hospitalar de Saúde (CNPJ 95.641.007/0001/07), uma Entidade Privada com Fins Filantrópicos que atende a 13ª Regional de Saúde do Estado do Paraná. Para tanto, além do referencial teórico já exposto, contou-se com o conhecimento adquirido mediante a realização do Curso de Especialização em Gestão Hospitalar do Programa de Apoio e Qualificação de Hospitais Públicos e Filantrópicos do Paraná (HOSPSUS), ministrado pela Escola de Saúde Pública do Paraná (ESPP).

A Fundação sempre possuiu um Sistema de Gestão Hospitalar (SGH), todavia, uma vez que o Sistema foi disponibilizado à Instituição de forma "pronta", não houve adesão por parte dos colaboradores, uma vez que os mesmos não participaram de seu processo de implantação. Com isso, dadas as dificuldades no tocante à alimentação dos dados, o uso do SGH por parte de todos torna-se custoso.

Tendo em vista esta problemática, e a fim de unificar todos os dados dentro de um

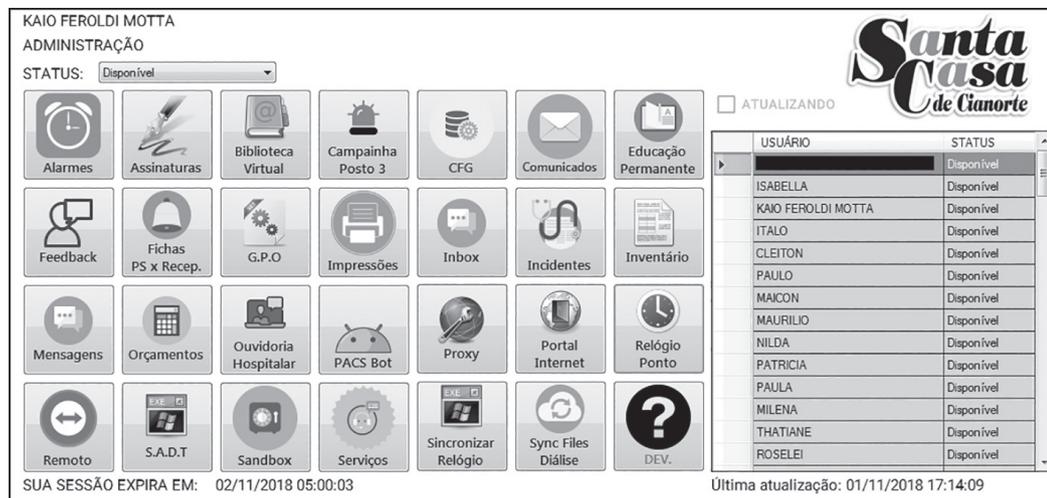
único sistema informacional, a Entidade, ainda que tenha mantido o SGH e envide esforços no sentido de conscientizar e treinar a equipe para utilização do mesmo, implantou também um Sistema de Informação Hospitalar (SIH), criado pelo próprio Departamento de Tecnologia do hospital. Assim, com esta implantação, este tornou-se um complemento ao SGH, impactando significativamente os trabalhos de gestão, haja vista ter havido, com maior adesão e acesso à informação, aperfeiçoamento da comunicação intra-hospitalar, ocasionando, conseqüentemente, melhorias no atendimento e maior profissionalização junto aos serviços prestados.

O SIH hoje atuante nas dependências da Fundação pode ser resumido como um sistema de indicadores formado por vários subsistemas (módulos), objetivando quantificar e qualificar as não conformidades e ocorrências hospitalares, servindo como referência na adoção de procedimentos que almejem sanar ou, pelo

menos, amenizar tais ocorrências. O enfoque mediante implantação do SIH foi que a TI deixasse de trabalhar de maneira corretiva, passando a realizar suas rotinas preventivamente. Com isso, gradativamente foi possível aplicar os avanços da TI também junto à comunicação intra-hospitalar, sendo esta essencial na execução de toda e qualquer atividade.

Conforme exposto anteriormente, o SIH – de autoria da TI da Fundação – é acessado mediante *Login* e senha, por meio da qual todo acesso é monitorado e cada usuário possui um tipo de perfil, com diferentes módulos liberados de acordo com o cargo e as atribuições de cada um dos colaboradores. Com aproximadamente 20 (vinte) módulos, cada um deles possui uma finalidade específica, que vai desde comunicar algum evento, lembrar a execução de alguma rotina ou até mesmo gerar informações disponibilizadas através de indicadores que servem como embasamento na tomada de decisões.

Figura 1 Tela inicial do SIH



Fonte: O autor (2018)

A título de exemplo acerca do impacto da TI na Gestão Hospitalar, com base no conhecimento a respeito do fluxo de regulação da Rede Paraná Urgência (RPU), as equipes da Unidade de Urgência & Emergência (UE) e da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) da Fundação supramencionada tinham dificuldades no que concerne ao tempo de aceite ou rejeição de pacientes cadastrados junto à Central de Regulação de Leitos do Estado. Haja vista que, hoje, toda e qualquer transferência entre unidades de assistência à saúde, dentro da RPU, ocorre via Central (exceto pacientes advindos via SAMU e SIATE), e deve ser analisada pelos médicos plantonistas das Unidades, no máximo, a cada duas horas e quinze minutos, e em seguida estes deverão proceder com as devidas análises dos critérios ali descritos e decidirem se ofertam ou não o leito.

Todavia, devido ao alto fluxo de atendimentos diuturnamente, por vezes as

equipes não conseguiam conciliar todas as rotinas, deixando de lado a tela (online) da Central, atendendo primeiramente os pacientes que se encontravam no próprio local. Buscando sanar este problema, a Superintendência do hospital teve a ideia de que a TI desenvolvesse no SIH um módulo de "alarme", objetivando lembrar a equipe da existência desta rotina, mediante emissão periódica (sempre a cada duas horas) de alerta visual e sonoro. Com isso, o sistema passou a controlar o tempo limite de verificação da Central, evitando *rejeição por tempo elevado*. Assim, as equipes passaram a cumprir a rotina, uma vez que a reinicialização do tempo do alerta se faz com a confirmação da ação "ver tela da Central" mediante *Login* de usuário e senha do SIH. Não obstante, a TI foi além e, vinculada a isto, criou dentro do módulo a possibilidade de posteriormente auditar tais ações, isto é, quando foi realizada determinada ação e quem a executou.

Figura 2 Módulo de Alarmes do SIH



Fonte: O autor (2018)

Ainda sobre o impacto da TI na Gestão Hospitalar, relata-se outro exemplo de experiência aplicada na Fundação: o módulo *Biblioteca Virtual*. Dentro do SIH, o objetivo é organizar e arquivar todo e qualquer Procedimento Operacional Padrão (POP), bem como outros documentos formais com fins de orientação operacional, tornando seu conteúdo de fácil acesso a todos os colaboradores a título de conhecimento e busca pelo saber. Ademais, no ato do *upload* do documento, o módulo arquia o documento registrando seus dados, como nome, setor de destino/aplicação, data de registro e o responsável pelo arquivo. Em seguida, após sua inclusão, é gerado um comprovante de que o documento existe e encontra-se alocado dentro da biblioteca virtual, evitando assim impressões desnecessárias apenas a título de auditoria ou

conferência (como, por exemplo, quando a Vigilância Sanitária, anualmente, audita o hospital com fins de renovar a Licença Sanitária).

Por fim, destaca-se que a implantação do SIH deu-se de modo que cada subsistema fosse pensado de forma a preencher um vazio tecnológico e informacional que, até então, existia na Fundação. Não obstante, há que se considerar que a existência de tal vazio acabava por gerar, também, vazios de cunho assistencial, devido à falta de um banco de dados com informações de fácil acesso que pudesse ser transformado em indicadores e disponibilizado a todos os colaboradores, a fim de que, baseados em uma gestão participativa, fosse possível minimizar as não conformidades junto à assistência médico-hospitalar.

Figura 3 Módulo de Biblioteca Virtual do SIH

Central de POPs				
38 de 124		Adicionar POP	Comprovante	
DESCRIÇÃO	AUTOR	SETOR RELACIONADO	DATA	
MANTER PERMANENTE RELACIONAMENTO COM A CIPA	PAULO CE	Segurança do trabalho	14/08/2018	
ACOMPANHAMENTO DA PESAGEM DA COLETA DE RESÍDUOS	PAULO CE	Segurança do trabalho	14/08/2018	
ALIMENTAR PLANILHAS DE DIVERGÊNCIAS DOS PRONTUARIOS	BIANCA CE	Auditoria	05/09/2018	
ALIMENTAR PLANILHAS DE DIVERGÊNCIAS DOS PRONTUARIOS	BIANCA CE	Auditoria	05/09/2018	
Armazenamento de Hemocomponentes	ANGELICA	NSP e Qualidade	03/10/2018	
Armazenamento, empilhamento e categorias de materias/2017	GISENE F	Almoxarifado	14/09/2018	
Atividades da copa/2017	BRUNA ZA	Nutrição	13/08/2018	
AUDITORIA CONCORRENTE	BIANCA CE	Auditoria	05/09/2018	
AUDITORIA SUS AIH	BIANCA CE	Auditoria	05/09/2018	
AUDITORIA SUS AMBULATORIAL	BIANCA CE	Auditoria	05/09/2018	
Banho no Leito	MAURILIO	Enfermaria	23/08/2018	
capa transfusão	MAURILIO	Enfermaria	08/10/2018	
Coleta de amostras de alimentos/2017	BRUNA ZA	Nutrição	13/08/2018	
coleta e identificação de amostra	MAURILIO	Enfermaria	08/10/2018	
Coleta e identificação da amostra do receptor	ANGELICA	NSP e Qualidade	03/10/2018	
CONFERÊNCIA DETALHADAS DOS PRONTUARIOS	BIANCA CE	Auditoria	05/09/2018	
Controle Temperatura e Umidade do setor/2017	GISENE F	Almoxarifado	14/09/2018	
Controle validade dos materias/2017	GISENE F	Almoxarifado	14/09/2018	
Devolução de hemocomponentes	ANGELICA	NSP e Qualidade	03/10/2018	
devolução de hemocomponentes	MAURILIO	Enfermaria	08/10/2018	

Fonte: O autor (2018)

CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de todo o exposto, buscou-se aqui apresentar a importância que a TI possui no âmbito da saúde, elevando as boas práticas de gestão. Nos dias atuais, onde cada vez mais se faz presente a cobrança por qualidade no atendimento médico-hospitalar, os investimentos em inovações e aparatos tecnológicos de modo geral têm se tornado uma prática constante junto às Instituições Hospitalares. Há que se destacar também que tal cobrança é feita não apenas pelos clientes, mas também em termos de contratualização, mediante metas qualitativas junto a documentos descritivos como, por exemplo, o Plano Operativo Anual (POA).

Não seria correto, entretanto, afirmar que todas as unidades hospitalares devem acompanhar o processo de desenvolvimento tecnológico e de comunicação, possuir avançados aparatos tecnológicos e investir consideráveis recursos junto à TI. Primeiramente, porque cada instituição possui peculiaridades, especificidades e complexidades que lhe são próprias, no que diz respeito à prestação de serviços de assistência e atenção à saúde; em segundo lugar, também porque é de competência da Diretoria Hospitalar – ou de seu Administrador ou Superintendente – mediante uma gestão participativa, avaliar os investimentos possíveis e viáveis na busca pela evolução tecnológica até aqui explanada.

Ainda assim, mediante o presente trabalho, pode-se concluir que nem todo investimento em TI carece de grandes aportes financeiros; no caso da Fundação Hospitalar de Saúde, a mesma realizou grandes avanços na área utilizando-se de recursos humanos, físicos e de tempo que já eram alocados no Departamento tendo havido pouco ou praticamente nenhum

investimento. Ideias simples, porém eficazes, geraram eficiência e melhoria na qualidade do atendimento, proporcionadas também por uma maior padronização e profissionalização dos serviços.

REFERÊNCIAS

- Lorenzetti J; Gelbcke FL; Vandresen L. Tecnologia para Gestão de Unidades de Internação Hospitalares. Texto Contexto Enfermagem, 2016 [acesso 14 de setembro de 2018]; 25(2). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n2/pt_0104-0707-tce-25-02-1770015.pdf
- Cassiani SHB; Gimenes FRE; Monzani AAS. O uso da tecnologia para a segurança do paciente. Revista Eletrônica de Enfermagem [revista em internet], 2009 [acesso 19 de setembro de 2018]; V. 11 (2), p.413-417. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/pdf/v11n2a24.pdf>
- Pinochet LHC. Tendências de Tecnologia de Informação na Gestão da Saúde. O Mundo da Saúde. São Paulo [revista em internet], 2011 [acesso 22 de setembro de 2018]. V. 35 (4), p. 382-394. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/artigos/tendencias_tecnologia_informacao_gestao_saude.pdf
- Anais do XIX ENEGEP – Encontro Nacional de Engenharia de Produção; 3-4 nov 1999; Rio de Janeiro (RJ); UFRJ e PUC-RJ. Gomes LCN; Dalcol PRT. Gestão Tecnológica em Unidades Hospitalares: Um Estudo de Sobre Importância e Fatores Relevantes [acesso 25 de setembro de 2018]. Disponível em: http://www.abe-pro.org.br/biblioteca/ENEGEP1999_A0195.PDF
- Escrivão A; Lira ACO. As dificuldades na implantação de TI. Debates GV Saúde [revista em Internet], segundo semestre de 2009 [acesso 02 de outubro de 2018], nº 8. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/debatesgvsauade/article/viewFile/23419/22185>
- Filho JR; Xavier JCB; Adriano AL. A Tecnologia da Informação na Área Hospitalar: um Caso de Implementação de um Sistema de Registro de Pacientes. Revista RAC [revista em Internet], 2001 [acesso 04 de outubro de 2018], v. 5, nº p. 105-120, jan/abr. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-65552001000100007
- Luzia JMS. Sistemas e Tecnologias de Informação em Hospitais Públicos: Instrumentos de Gestão e de Apoio à Tomada de Decisão. Portugal: Instituto Politécnico do Porto, abril, 2014. Dissertação do Programa de Mestrado em Contabilidade e Finanças. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/47139923.pdf>
- Queiroz ACS; Barbosa AP. Racionalidade e incorporação de tecnologia em saúde: a experiência de um hospital de alta complexidade em São Paulo. Revista ERA [revista em Internet], 2003 [acesso 13 de outubro de 2018], Vol. 2, nº 1, jan-jun. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1676-56482003000100009&script=sci_abstract&tlng=pt
- Revista Exame. Como o avanço da Tecnologia beneficia a Medicina? [Acesso em 24 de outubro de 2018]. Disponível em: <https://exame.abril.com.br/negocios/dino/como-o-avanco-da-tecnologia-beneficia-a-medicina/>

10. ANAPH – Associação Nacional de Hospitais Privados [<http://www.anahp.com.br/>]. Panorama da gestão de estratégias de curto e longo prazos nos Hospitais Brasileiros: ênfase nas práticas e ferramentas utilizadas. Notícia [acesso em 24 de outubro de 2018]. Disponível em: <http://www.anahp.com.br/noticias/panorama-da-gestao-de-estrategias-de-curto-e-longo-prazos-nos-hospitais-brasileiros-enfase-nas-praticas-e-ferramentas-utilizadas/>

11. Gonçalves EL. Estrutura organizacional do hospital moderno. Revista de Administração de Empresas [revista em Internet]. 1998 [acesso em 26 de outubro de 2018], v. 38, n.1, janeiro-março, p. 80-90. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rae/v38n1/a08v38n1.pdf>

12. Gestão dos Sistemas e Tecnologias de Informação em Hospitais: o caso do município de Londrina/PR. Brasil. Ministério da Saúde. Gestão dos Sistemas e Tecnologias de Informação em Hospitais: o caso do município de Londrina/PR [livro online]. Brasília, 2014 [acesso em 02 de novembro de 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/por_que_gesiti_gestao_sistemas.pdf

REVISÃO INTEGRATIVA SOBRE O PROCESSO DE COMPRA E DISTRIBUIÇÃO DE MATERIAIS MÉDICOS E HOSPITALARES

Integrative review on the process of purchase and distribution of medical and hospital materials

Sergio Luiz Wolker¹, Tania Portella Costa², Olga Laura Giraldi Peterlini³

1. Administrador. Especialista em Marketing e Desenvolvimento Gerencial, Gestão de Pessoas e Gestão Pública em Saúde. Discente do curso de Gestão Hospitalar do programa de apoio e qualificação de hospitais públicos e filantrópicos do sistema único de saúde do Paraná-HOSPUS.
2. Mestre em Saúde Pública. Consultora Epibus Fundamental, Ministério da Saúde.
3. Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Chefe da Divisão de Ensino Superior da Escola de Saúde Pública do Paraná-2018. Diretora de Educação da ABEn-PR – 2017-2019.

CONTATO: Sergio Wolker | Email: sergio.wolker@saolucas.org.br

COMO CITAR Wolker SL, Costa TP, Peterlini OLG. Revisão integrativa sobre o processo de compra e distribuição de materiais médicos e hospitalares. R. Saúde Públ. Paraná. 2019 Jul;2(Suppl 1): 103-112.



COPYRIGHT Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

RESUMO O planejamento dos processos logísticos, sendo estes considerados desde o abastecimento, compras, estoques até a distribuição, auxilia na otimização e redução dos recursos dos hospitais, portanto são importantes instrumentos na gestão hospitalar, em que o gerenciamento dos suprimentos farmacêuticos se configura como essenciais nesse processo. Este estudo teve por objetivo analisar as evidências disponíveis na literatura sobre Gestão de Suprimentos e Logística. Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura. O levantamento bibliográfico incluiu pesquisa na base de dados eletrônica B.V.S. Para a busca dos artigos foram utilizadas palavras-chave em português, selecionadas de acordo com a relevância para o tema em questão, segundo os Descritores em Ciência da Saúde (DeCS): “Gestão de Suprimentos”, “Gestão da Cadeia de Suprimentos” e “Farmácia Hospitalar”. A partir dessa busca sistematizada foram selecionados 05 artigos que foram analisados. Com os resultados obtidos houve a necessidade de os hospitais melhorarem seus processos e incluírem os indicadores de gestão para se

avaliar a cadeia de suprimentos. O estudo foi relevante, contribuindo para as discussões na área da saúde hospitalar e melhorias na gestão dos processos internos.

PALAVRAS-CHAVE: Central Hospitalar de Suprimentos. Logística. Farmácia hospitalar. Gestão Hospitalar.

ABSTRACT The planning of the logistics processes, from supply, purchasing, inventory to distribution, helps optimize and reduce hospital resources; therefore, they are important instruments in hospital management, where the management of pharmaceutical supplies is essential in this process. This study aimed to analyze the available evidence in the literature on Supply Management and Logistics. This is an integrative review of the literature. The bibliographic survey included a search in the electronic database B.V.S.. In order to search for articles, the following keywords were used in Portuguese, selected according to the relevance to the subject in question, according to the Descriptors in Health Science (DeCS): "Supply Management", "Supply Chain Management" and "Hospital Pharmacy". From this systematized search, we selected 05 articles that were analyzed. The results showed the need for hospitals to improve their processes and include management indicators to assess the supply chain. The study was relevant, contributing to discussions in the area of hospital health, and improvements in the management of internal processes.

KEYWORDS: Central Supply, Hospital. Logistics. Hospital Pharmacy. Hospital Administration.

INTRODUÇÃO

A logística e a gestão de suprimentos se configuram em uma função essencial no ambiente hospitalar através dos processos de aquisição, movimentação e distribuição de medicamentos e materiais médicos hospitalares. Percebemos que o gerenciamento deste setor das organizações hospitalares deve ser realizado de forma que ocorra a satisfação dos interesses do cliente final, os pacientes, ou seja, que este cliente tenha o resultado do seu tratamento finalizado e com a cura¹.

Desde o surgimento da atenção hospitalar esta foi considerada uma inovação social de enorme complexidade: "Os hospitais estão entre os organismos mais complexos de serem administrados. Hospital é hotel, lavanderia, serviços médicos, limpeza, vigilância, restaurante, recursos humanos, relacionamento com o consumidor"². E o papel da gestão de suprimentos para todos estes

departamentos e suas diversas funções necessita que a cadeia esteja em sintonia e consiga realizar suas atividades.

Conseguir coordenar uma organização de saúde, na atualidade, é praticar uma gestão com ênfase nos recursos humanos, no capital intelectual e, principalmente, nos processos. O bom funcionamento desse sistema está muito ligado na logística de suprimentos. Suprir adequadamente o ambiente hospitalar com materiais adequados que garantam qualidade, produtividade, satisfação dos pacientes e prestação de serviços pela equipe hospitalar está entre os principais desafios da administração de uma organização de saúde³.

A cadeia de suprimentos deve ser mais específica, de acordo com o serviço a ser abastecido, bem como apresentar uma redução no período para reabastecimento que pode variar de dias, inicialmente, para horas, em certos

casos. Para manter a cadeia de suprimentos em dia, é necessário dispor dos processos logísticos, responsáveis pelo posicionamento do estoque na cadeia de suprimentos, processo este que recebe inúmeros ajustes e evoluções para a melhoria dos processos¹.

Existem pelo menos duas técnicas para promover a renovação dos estoques, porém a ideia básica é que a compra deve ser solicitada quando se alcança um nível de estoque onde a quantidade restante é suficiente para utilização durante o período que vai da solicitação à chegada do material. Este período é chamado de *Prazo de Abastecimento* e o momento de pedir é chamado de *Nível de Ressuprimento*. A quantidade a ser pedida é no mínimo a que dure até a um novo prazo de abastecimento⁴.

No ambiente hospitalar é de fundamental importância termos uma gestão de suprimentos eficiente, e que consiga manter o estoque necessário para o abastecimento de toda a cadeia produtiva e ter o menor custo deste mesmo estoque.

Este estudo se justifica pelo desafio dos administradores hospitalares no atual sistema de saúde possuírem uma receita que é muito próxima da despesa realizada, e que necessitam garantir que o medicamento ou o material médico hospitalar de qualidade esteja disponível para a intervenção no paciente pelos profissionais da área da saúde, no momento necessário e com um menor custo possível.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA:

GESTÃO DA CADEIA DE SUPRIMENTOS E LOGÍSTICA

É importante considerar que a logística é o processo de "planejamento, implantação e controle do fluxo eficiente de mercadorias, serviços e das informações relativas desde o ponto de origem

até o ponto de consumo com o propósito de atender às exigências dos clientes"⁶. Toda a cadeia da logística hospitalar abrange desde as infraestruturas existentes, a organização e as pessoas, os processos e os sistemas de informação de suporte. O mais importante aspecto da vida hospitalar deve estar voltado para o cuidado com o paciente, até a sua possível recuperação. Assistência médico-hospitalar satisfatória será o mínimo que a administração por meio de um complexo conjunto de recursos materiais e humanos deve proporcionar ao paciente⁵.

O termo *Supply Chain Management* (gestão da cadeia de suprimentos) é considerado a integração de todos os elementos responsáveis por uma cadeia de suprimentos, incluindo o conjunto de técnicas que são utilizadas para possibilitar excelência na integração entre as etapas de uma cadeia de suprimentos, como: transporte, estoque e custo⁶. Na atualidade, a competição entre as diversas instituições e a realidade do mercado aliado ao custo financeiro e qualidade do produto requer um ambiente de negócio mais dinâmico, com inovações tecnológicas constantes e adaptabilidade com vistas ao equilíbrio econômico é o que pode fazer que elas permaneçam saudáveis no mercado³.

A construção e a gestão da cadeia de suprimentos são consideradas como um passo indispensável para se obter vantagem competitiva na velocidade exigida pela economia atual⁸. A competitividade está em todos os setores da economia e o seu diferencial será justamente em se diferenciar perante aos clientes, operar com custo baixo e produtividade alta⁹.

É por esse motivo que a Gestão da Cadeia de Suprimentos se constitui em uma estratégia ímpar e singular para obtenção de vantagem competitiva, pois, além de campo de estudo relativamente recente, também abrange ganhos a todas as empresas envolvidas em uma cadeia de suprimentos, se constituindo, portanto, não somente em esforço e ganhos unilaterais, mas sim em esforço e ganhos mútuos⁹.

INDICADORES DE GESTÃO DE LOGÍSTICA HOSPITALAR

A informação é fundamental para a tomada de decisão e necessária no mundo dos negócios, para serem ágeis e responderem as necessidades. No ambiente hospitalar as informações se tornam ainda mais necessárias, pois muitas vezes uma vida depende de decisões assertivas¹¹. Os indicadores de desempenho são considerados informações importantes que registram e retratam o comportamento de uma atividade, de uma função ou de toda uma organização. Normalmente são representados por valores e grandezas mensuráveis, absolutas ou relacionadas, que variam no tempo e/ou espaço¹⁰.

Os indicadores de desempenho são uma ferramenta de gestão que permite analisar os resultados dos processos de forma mais direcionada. Com eles, se torna possível saber se as metas definidas foram alcançadas, se o emprego dos recursos empresariais humanos e financeiros foram eficazes, e quais falhas ocorreram em cada etapa de um projeto.

Alguns cálculos que podem ser utilizados na gestão da logística hospitalar como: *Cálculo do índice de Pontualidade*, que é dentro do aspecto organizacional e tem por objetivo honrar compromissos com seus clientes. *Cálculo do índice de Flexibilidade*, também dentro do aspecto organizacional indica a necessidade de estar acompanhando as mudanças nas quantidades dos materiais e serviços que já foram solicitados. *Cálculo do índice de Tempo médio de atendimento*: É o tempo médio que o fornecedor realiza o atendimento. *Cálculo do índice de Qualidade de entregas*: é a verificação da qualidade do produto. *Cálculo do índice de Estoque médio*: é o estoque médio em um determinado período de tempo. *Cálculo do índice de Acurácia do estoque*: Este talvez seja um dos maiores desafios dos gestores sendo que a meta a ser alcançada é necessária ser de 100%. É a comparação entre o registro e o que fisicamente temos no estoque¹².

Para um sistema de indicadores como o proposto é necessário que os colaboradores dos setores de farmácia e almoxarifado estejam constantemente em treinamento, pois os dados de alimentação precisam ser fiéis à realidade.

CADEIA DE SUPRIMENTOS PARA UMA FARMÁCIA HOSPITALAR

O planejamento do trabalho em cadeia é decisivo para a qualidade assistencial para que um hospital cumpra o seu papel de salvar vidas e se mantenha no caminho da sustentabilidade, e um fator se apresenta como condicionante: o gerenciamento eficiente dos recursos materiais. Isto porque os indicadores dos insumos hospitalares, que correspondem aos prazos de validade, condições de armazenamento de medicações e materiais hospitalares, o tempo médio de atendimento, qualidade de entrega, exercem impacto direto na atuação da equipe de assistência e, conseqüentemente, no processo de restabelecimento à saúde do paciente⁷.

Autores na área hospitalar afirmam que a reposição de estoques deve ocorrer no momento da demanda ao menor custo e maior prazo de pagamento possível. Na gestão hospitalar atual não é recomendado grandes estoques, pois representam capital imobilizado sem necessidade. Na atual circunstância é aconselhável uma reposição com intervalos cada vez menores. Sabemos que este é um grande desafio, já que exige que o administrador tenha certeza cada vez mais da demanda e do perfil epidemiológico naquele instante, evitando manter estoques nas prateleiras⁷.

O suprimento hospitalar é complexo, porque envolve áreas com características específicas. Assim, a atuação em cadeia precisa ser planejada para proporcionar o abastecimento devido de cada unidade, com materiais e medicamentos adequados à produtividade, qualidade dos serviços e atendimento dos clientes/pacientes¹³.

A Farmácia Hospitalar hoje é considerada uma unidade clínica, administrativa e econômica, que,

por força de lei, deve ser dirigida por profissional farmacêutico e ligada hierarquicamente à direção do hospital e integrada com as demais unidades de assistência ao paciente¹³.

A incerteza de prover os estoques gera ansiedade que se traduz na necessidade, indispensáveis para o bom andamento do serviço. No entanto manter estoques não compreende uma prática que agregue valor, pois o capital imobilizado pode ser aplicado de forma diferente dentro ou fora da instituição. Se temos isto em um lado, por outro possuímos a irregularidade de abastecimento e a falta de materiais, que são problemas frequentes em serviços de saúde, gerando significativo impacto negativo sobre o desempenho e imagem junto à população e aos profissionais⁷.

DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS MÉDICOS

De acordo com a Lei 5.991/73, que dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, no artigo 4º, inciso XV, constam as definições importantes: "XV – Dispensação: ato de fornecimento ao consumidor de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, a título remunerado ou não".

A dispensação de medicamentos e produtos médico-hospitalares dentro de um ambiente hospitalar priva pela entrega dos produtos mediante prescrição médica, que compreende um documento importante no qual todas as informações sobre o paciente são registradas. Compreende o documento oficial do hospital que permite e formaliza a dispensação de produtos da farmácia. Segundo a Organização Pan-americana da Saúde⁷. (Santos, 2006, p.13)

É considerado um eficiente sistema de distribuição quando se consegue minimizar os erros de medicação, quando pode-se racionalizar a distribuição e administração de medicamentos, quando o controle de estoque é satisfatório, quando

consegue-se reduzir os custos com medicamentos e quando o tratamento em relação à segurança e efetividade do tratamento aos pacientes é garantida¹⁴.

Podemos destacar 03 tipos de sistemas de dispensação de medicamentos, sendo (grifo nosso): **Dose Coletiva:** A farmácia fornece materiais/medicamentos, atendendo a um pedido feito pela unidade solicitante, as requisições são feitas em nome de setores, e não de pacientes, gerando total descontrole do uso. Neste sistema a farmácia se torna um mero fornecedor de medicamentos, ocorrendo armazenamento em estoques descentralizados e retirando da farmácia a atividade de dispensação. **A Dose Individualizada:** as solicitações de medicamentos são realizadas pela transcrição de prescrição médica feita pela enfermagem, ou mesmo através de um pedido médico, só que sem esquema posológico rígido. É um pré-requisito para implantação da Dose Unitária. **A Dose Unitária:** os medicamentos são dispensados de acordo com a prescrição médica, sendo separados e identificados pelo nome do paciente, nº do leito e horário de administração. Tem por objetivo garantir qualidade e integrar o farmacêutico à equipe multidisciplinar¹⁴.

Objetivo Geral:

Analisar a gestão de suprimentos em uma Farmácia Hospitalar de um Hospital localizado no Estado do Paraná utilizando uma revisão integrativa da literatura específica.

Objetivos específicos:

1) Buscar na literatura a tendência contemporânea sobre o processo de compra e distribuição de materiais médicos e hospitalares.

METODOLOGIA

Para a realização do artigo utilizou-se o método da revisão integrativa de literatura, por meio de leitura e análises de textos em artigos,

resenhas, monografias e revistas. Para tanto foram analisados os pensamentos de teóricos da área de gestão, saúde, logística, farmácia hospitalar e gestão de suprimentos.

Fase 1: Elaboração da questão norteadora:

Pela constatação do número de erros ocorridos no estoque de uma farmácia hospitalar entre o que tem na prateleira *versus* o que tem no sistema de informação, surgiu a seguinte questão: Qual a importância da Gestão da Cadeia de Suprimento para que não ocorra erros de estoque? Qual o motivo que leva a ter estes erros?

Fase 2: Amostragem ou busca na literatura conforme critério de inclusão e exclusão:

O levantamento dos artigos foi realizado no mês de setembro e outubro de 2018, na base de dados *BIREME (Biblioteca Virtual em Saúde)*, sites

de buscas e na análise de revistas especializadas em administração hospitalar. As estratégias utilizadas para o levantamento dos artigos foram conduzidas pela questão norteadora e critérios de inclusão, utilizando os Descritores em Ciências da Saúde, contidos na Biblioteca Virtual em Saúde e sites: gestão de suprimentos, logística hospitalar, farmácia hospitalar.

Fase 3: Categorização dos estudos:

Para a seleção dos artigos, foram lidos cada título e selecionados aqueles que apresentavam relação com o objetivo proposto. Em seguida, foram analisados os resumos que confirmavam a contemplação da pergunta norteadora deste estudo. Por fim, foram eleitos para leitura na íntegra os artigos que atendiam aos critérios do tema em estudo.

Quadro 01 Distribuição dos artigos identificados com os descritores estabelecidos e dos artigos selecionados conforme critérios de inclusão e exclusão

DESCRITOR	MATERIAL APRESENTADO	MATERIAL SELECIONADO
Gestão de Suprimentos	621	02
Gestão da cadeia de Suprimentos	09	02
Assistência Farmacêutica	254	01

Fonte: Dados coletados pelo autor (2018).

O Quadro 01 apresenta os resultados encontrados durante a busca dos materiais, a partir da definição dos descritores relacionados à temática deste estudo. Sendo que ao pesquisar com o descritor "Gestão de Suprimentos" surgiram 621 artigos, porém ao aplicar os critérios de exclusão, realizar a leitura de todos os títulos e selecionados aqueles que apresentavam relação com o objetivo proposto, após analisados os resumos, foram eleitos para leitura do artigo na íntegra somente aqueles que se relacionavam com o tema em estudo, e

selecionados 02 após esse processo. O mesmo foi feito com o descritor "Assistência Farmacêutica" com 254 artigos selecionando apenas 01, e com o descritor "Gestão da cadeia de suprimentos" com 09 selecionando 02 artigos.

Após a leitura dos artigos selecionados, assim os cinco estudos que compõem essa amostra foram descritos abaixo conforme autor, ano, objetivo, metodologia, resultados e principais conclusões de acordo com o Quadro 2.

Quadro 02 Distribuição dos artigos que compõem a amostra da revisão bibliográfica integrativa

AUTOR E ANO	OBJETIVO E METODOLOGIA	RESULTADOS	PRINCIPAIS CONCLUSÕES
Maria Infante e Maria Angélica Borges dos Santos – 2014	Descrever uma metodologia para a organização do setor de abastecimento de materiais médico-hospitalares de hospitais públicos. Abordagem de pesquisa-ação.	O sistema de abastecimento era concebido por quatro subsistemas: planejamento, controle, guarda e distribuição e compras. Na perspectiva de gerenciamento da cadeia de suprimentos como integração interorganizacional, passa a ser relevante realizar uma análise integrada de toda a cadeia produtiva, desde o desenvolvimento do produto até as formas de aumentar a integração com fornecedores e consumidores.	As formulações teóricas da gestão de cadeia de suprimentos absorvem premissas da gestão pela qualidade e avançam no sentido de considerar que a qualidade do produto é apenas um dos aspectos de programas de melhoria contínua. A satisfação do cliente só é possível se toda a cadeia de suprimentos estiver comprometida e integrada.
Gleim Dias de Souza; Maria do Socorro de Carvalho; Manuel Alejandro Martines Liboreiro – 2005	Realizar análise das principais ferramentas de TI que determinam melhoria na criação e manutenção do SCM eficiente em uma rede hospitalar no centro-oeste do Brasil. Pesquisa exploratória e pesquisa bibliográfica	Devemos alcançar a análise de eficiência e eficácia e seus índices, análise econômico-financeira e analisar as políticas de risco, sendo que os inconvenientes do estudo foram a parametrização e registro dos fornecedores, logística de entrega e entrega de itens errados	Se fala muito em diferenciação para o atendimento aos seus clientes preconizando qualidade. Mas este conceito só será possível quando a empresa não se baseia de forma isolada, mas sim na sua cadeia de valor, onde está destacada a cadeia de suprimentos.
Emanuel G. de Alcântara – 2016	Avaliar a área de Suprimentos do H.S.V.P. explorando a cadeia de suprimentos médico-hospitalares e identificando a melhor maneira de reduzir estoques, gerando economia. Pesquisa foi uma investigação através de um estudo bibliográfico, documental e também um estudo de caso	Para se atingir uma melhor gestão será necessário um redesenho do processo de dispensação de kits, monitoramento dos itens com mais de 360 dias e 180 dias sem movimentação, revisão do cronograma de inventários, planejamento de compras com gerência de suprimentos e identificação de itens com possibilidade de consignação sem necessidade de compras para ter em estoque.	É necessário a avaliação e estudo inicial do planejamento de compras, abastecimento de compras, gestão de estoques, perdas, indicadores hospitalares, apoio tecnológico com foco na gestão de suprimentos, identificando-se a necessidade de redução de custos ou consumo por tipo de material baseando-se no conceito da curva ABC. Assim como consequência foi a otimização da aplicação de recursos financeiros ou materiais evitando desperdícios ou aquisição indevida e favorecendo a lucratividade.
Mario Jorge S. da Silva; Rachel Magarinos Torres, Maria Auxiliadora Oliveira, Claudia Garcia Serpa Osorio de Castro – 2012	Avaliar serviços de farmácia dos hospitais estaduais com gestão da Secretaria Estadual com 20 hospitais. Avaliação normativa seguida de um estudo de casos múltiplos.	A importância dos indicadores relacionados com o atendimento da farmácia hospitalar sendo que o estudo apontou o controle de estoque limitado nas instituições pesquisadas, A Farmácia Hospitalar é uma unidade de caráter clínico e assistencial, dotada de capacidade administrativa e gerencial, sendo um dos setores mais importantes do hospital. É responsável pela provisão segura e racional de medicamentos, e, em algumas condições, de materiais médico-hospitalares, podendo estar vinculada à direção clínica e/ou administrativa da unidade.	As dificuldades apresentadas pelo estudo são compartilhadas por outras farmácias hospitalares do Brasil. E destacou a importância de se encontrar as limitações, principalmente de estrutura e dos processos de dispensação de medicamentos e materiais médicos hospitalares, e não deve ser centrada somente no estoque, mas sim nas estimativas de consumo.
André Gustavo Gadelha Mavignier de Noronha; Djalma Freire Borges – 2005	Medir a qualidade da gestão de medicamentos em 03 hospitais públicos de Natal – RN. Estudo exploratório e comparativo entre padrões de qualidade.	A análise de resultados foi feita nos setores de administração, compras, almoxarifado e farmácia com um conjunto de 05 indicadores para cada setor e somente 10% do total de pontos para os setores administrativos. O que é considerado muito baixo pelos teóricos para que a assistência logística para o abastecimento de medicamentos seja considerado insuficiente.	Para os 04 setores analisados: administração, compras, almoxarifado e farmácia existe deficiência na assistência logística. Todas as instituições analisadas têm falhas como: previsão de consumo, falta ou insuficiência de recursos financeiros, perdas por validade, má conservação, desvios e desperdícios de medicamentos e materiais, prejudicando desta forma o paciente.

Fonte: Pesquisa do próprio autor, 2018

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram selecionados 05 artigos científicos que se correlacionam com o objetivo proposto, sendo que em 02 deles se evidenciou a necessidade de se medir com indicadores de gestão para análise dos setores envolvidos no atendimento ao paciente com medicamentos e materiais médicos/hospitalares que são: Administração, almoxarifado, compras e farmácia hospitalar. Isto evidencia a revisão bibliográfica apresentada em que se moldou alguns destes indicadores para a boa prática de gestão.

Os estudos evidenciaram ainda a gestão da qualidade e a cadeia de valor com seus processos, em que todos os atores envolvidos nos processos devem estar cientes de sua participação para que o medicamento ou material necessário para a prestação de serviços na área hospitalar esteja nos estoques com prazo de validade, intacto e de boa qualidade, quando necessário e que seja administrado na hora exata conforme prescrição médica, para que possamos ter o restabelecimento da saúde.

Diante da análise, emergiram duas categorias, sendo "Processos" e "Indicadores de gestão", que serão apresentadas e discutidas à luz da literatura.

CATEGORIA 01: PROCESSOS

Nesta categoria os autores dos artigos que fizeram parte da amostra analisada, apresentaram que a necessidade da análise do processo de se adquirir um produto deve ser gerenciado. A necessidade de que toda a cadeia de suprimentos esteja envolvida é de fundamental importância para que possamos ter os medicamentos e/ou materiais médicos hospitalares no estoque quando da necessidade de sua utilização. Isto demonstra que quanto às falhas na previsão de consumo, compras a preços acima do mercado por ser adquirido de última hora, entregas em atraso pelo fornecedor e com prazo de validade muito próximo do vencimento, nós podemos evitá-las com uma gestão de toda a cadeia de suprimentos

aproveitando os estudos de logística.

Na cadeia produtiva hospitalar, os produtos eram "desenvolvidos" e "aplicados" pelos profissionais de saúde e, portanto, precisavam ser racionalmente customizados aos processos de trabalho dos mesmos¹.

De fato, as vantagens competitivas podem ser obtidas através da adoção de diferentes estratégias, principalmente no que diz respeito ao aumento da produtividade nos processos internos da empresa, prática que vem evoluindo bastante desde a introdução e práticas de controle de qualidade⁹.

Corroborando com os resultados encontrados na análise, outros estudos dizem: "A logística hospitalar é um dos maiores desafios encontrados pelos gestores dos hospitais, principalmente no que diz respeito ao atendimento das necessidades organizacionais de forma rápida, correta e eficiente"¹⁰.

Já em outra publicação: "O estudo e o planejamento dos processos logísticos (abastecimento/compras, estoques e distribuição) podem auxiliar na redução e otimização dos recursos dos hospitais, desde medicamentos e/ou materiais até pessoas, e assim impactar na redução de custos. Esses processos são críticos e importantes na gestão de uma organização"¹¹.

"O complexo logístico tem uma complexidade ímpar, sendo que este sistema no hospital exige um controle de todos os processos, pois o seu desempenho vai impactar diretamente no resultado técnico e financeiro do hospital"¹².

CATEGORIA 02: INDICADORES DE GESTÃO

Nesta categoria os autores dos artigos que fizeram parte da amostra selecionada apresentaram em dois deles a necessidade de se implantar um sistema de gestão com indicadores de gestão direcionada ao setor de compras e farmácia hospitalar para se medir a eficiência no

abastecimento dos produtos médicos hospitalares. Também podemos com estes índices, analisar a cadeia de suprimentos desde a solicitação do pedido de compra até a entrega do fornecedor com o estoque sendo abastecido. E a palavra de ordem é a otimização dos estoques, sendo este reduzido e um fluxo de aquisição e entrega menor para que não tenhamos perda financeira com estoque parado.

A frequência de erros quantitativos na entrega de medicamentos também foi analisada, para descobrir se havia efetividade na conferência da quantidade de produtos no ato do recebimento dos medicamentos. Pelo indicador nenhum gerente fazia uma análise ou avaliação sobre o assunto. A impressão que se teve é que já houve casos de ser recebida uma quantidade de produto diferente do pedido (para mais ou para menos)¹⁷¹⁸.

Também no estudo de SILVA, TORRES, OLIVEIRA e CASTRO (2012) e de SOUZA, CARVALHO e LIBOREIRO (2005) consideram que: É possível dizer que os indicadores relativos ao gerenciamento possibilitaram o reconhecimento de unidades que fazem planejamento e que este, logicamente, favorece a gestão¹⁷¹⁹.

Autores apontam que o modelo ideal de reposição de estoques é a aquisição do item no momento da demanda, ao menor custo e maior prazo de pagamento possível. "Grandes estoques representam capital imobilizado e a lógica atual de sua gestão são os intervalos cada vez menores de reposição. O grande desafio para qualquer organização é aperfeiçoar ao máximo a previsão de demanda a fim de diminuir a permanência dos estoques na prateleira"⁷.

Corroborando com esta premissa, estudos indicam: "Na era da informação e do conhecimento, onde se faz necessário tomar decisões cada vez mais complexas e mais rápidas em meio a mudanças e desafios, crises e oportunidades, os dirigentes e administradores hospitalares precisam estar alicerçados por informações confiáveis e oportunas. O discernimento para tomada de

decisões deve estar embasado em conhecimento, habilidade, experiência e valor das informações servem de suporte. Estas informações devem estar baseadas em dados, extraídos dos indicadores de gestão"¹¹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da importância da Gestão da Cadeia de Suprimentos de medicamentos e materiais médicos/hospitalares nas organizações de saúde, principalmente os hospitais, se tornou relevante o estudo.

Tivemos como objetivo o estudo da cadeia de suprimentos farmacêuticos em ambiente hospitalar, face à grande incerteza do controle de estoques pelos atores envolvidos neste processo para que não houvesse falta de medicamentos e ou materiais, bem como a aquisição de suprimentos por preços superiores aos praticados quando realizados por processo de licitação. Esta questão norteadora do estudo foi atingida em parte pela análise bibliográfica, mas ainda não ficou evidente a causa principal desta problemática no Hospital em questão.

Para tanto foram analisadas as evidências disponíveis na literatura nacional por meio de pesquisa da BVS utilizando-se de artigos que versavam sobre o assunto e após essa análise verificou-se que a gestão da cadeia de suprimentos é de fundamental importância para os gestores dos hospitais, onde se evidenciou a necessidade de revisão dos processos administrativos da cadeia de valor, principalmente a cadeia de suprimentos, além de se implementar indicadores de gestão que irão nortear e estancar os *gaps* que dificultam as boas práticas administrativas.

Ademais, reconhecem-se as limitações do estudo, a pouca publicação de artigos científicos nessa área de conhecimento, portanto não é possível realizar generalizações sobre os resultados obtidos. Em que pesem os limites do estudo, abre

a perspectiva para a necessidade de novos estudos desta natureza, pois ainda faltam evidências de ações eficientes para a avaliação do desempenho organizacional específico para estes setores hospitalares.

REFERÊNCIAS

1. Infante M, Santos MAB. A organização do abastecimento do hospital público a partir da cadeia produtiva: uma abordagem logística para a área de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.12, n. 4, jul./ago. 2007.
2. Drucker PF. *Inovação e espírito empreendedor*. São Paulo: Pioneira Thomson, 2003.
3. Matias AV. "Gestão da Cadeia de Suprimentos" Disponível em: <https://saudebusiness.com/noticias/a-importancia-da-gestao-da-cadeia-de-suprimentos-na-gestao-hospitalar/>. Consultado em 04 de setembro de 2018.
4. Castelar RM, Mordelet P, Grabois V. *Gestão Hospitalar: Um desafio para o Hospital Brasileiro*. França: Editions École Nationale de La Santé Publique, 1995.
5. Maudonnet R. *Administração Hospitalar*, Rio de Janeiro. Editora Cultura Médica 1988.
6. Ballou RH. *Logística Empresarial: Transportes, Administração de Materiais e Distribuição Física*. São Paulo: Atlas, 1993.
7. Santos GAA. *Gestão de Farmácia Hospitalar*. Ed. Senac. São Paulo, 2006.
8. Kurien GP, Qureshi MN. Study of performance measurement practices in supply chain management. *International Journal of Business, Management and Social Sciences*, 2011.
9. Christopher M. *Logística e Gerenciamento da Cadeia de Abastecimento: Estratégias para a Redução de custos e Melhoria dos serviços*. São Paulo: Pioneira, 2005.
10. Graeml AR. *Sistemas de Informação - o alinhamento da estratégia de TI com a estratégia corporativa*. São Paulo: Atlas. 2000.
11. Campos JA. *Cenário Balanceado - painel de indicadores para gestão estratégica de negócio*. São Paulo: Aquariana. 1998.
12. Barbieri JC, Machline C. *Logística hospitalar: teoria e prática*. São Paulo: Saraiva, 2006.
13. Paulus Jr A. Gerenciamento de recursos materiais em unidades de saúde. *Revista Espaço para a Saúde*, v.7, n.1, p.7-10, 2005.
14. Alves L. *Gestão Logística em Saúde*, eBook do Curso Gestão em Saúde. 2016.
15. Souza GD, Carvalho MSMV, Liboreiro MAM. *Análise das principais ferramentas de TI que determinam melhoria na criação e manutenção do SCM eficiente em uma rede hospitalar no centro-oeste do Brasil*, 2005.
16. Alcântara EG. *Avaliar a área de Suprimentos do HSVP explorando a cadeia de suprimentos médico hospitalares*, 2016.
17. Silva MJS, Torres RM, Oliveira MA, Castro CGSO. *Avaliar serviços de farmácia dos hospitais estadual com gestão da Secretaria Estadual com 20 hospitais*, 2012.

18. Noronha AGGM, Borges DF. *Medir a qualidade da gestão de medicamentos em 03 hospitais públicos de Natal*, 2005.

19. Ribeiro S. *Logística Hospitalar: Desafio Constante*, Notícias Hospitalares. Disponível em www.noticiashospitalares.com.br/mar2005/htm/apoio.htm, acessado em 18/09/2018.

Diretrizes para autores

A Revista de Saúde Pública não aceitará publicações de textos já apresentados em outros veículos, tanto na íntegra quanto parcialmente.

Os textos deverão encaminhados no idioma Português (BR), através do sistema OJS (*Open Journal Systems*).

O nome completo de cada autor, instituição de origem, país, e-mail devem ser informados APENAS nos metadados. Via OJS, o autor deverá enviar também **Página de título e identificação**, como documento suplementar. O conselho editorial assegura o anonimato dos autores no processo de avaliação por pares, bem como o anonimato dos avaliadores e sigilo quanto a sua participação. É de responsabilidade do autor acompanhar o processo de submissão via sistema OJS.

Não há cobrança para submissão de artigos. O encaminhamento do manuscrito, anexos e o preenchimento de todos os dados são de inteira responsabilidade do autor que está submetendo o manuscrito. As opiniões, conceitos e a exatidão das citações expressos nos trabalhos são de exclusiva responsabilidade dos autores, não refletindo posição do Conselho Editorial da Revista de Saúde Pública do Paraná.

Para aquelas pesquisas que envolvam seres humanos, deverão ser indicados os procedimentos adotados para atender o constante da Resolução nº 466 de 12 setembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. Deverá também ser indicado o número de protocolo de aprovação do projeto de pesquisa e a data de aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), dados estes que deverão constar no último parágrafo da metodologia do trabalho. A carta de aprovação do CEP (digitalizada e em pdf) deverá ser anexada no momento da submissão no Passo "Transferência de Documentos Suplementares".

Para a avaliação dos trabalhos, os autores deverão assinalar sua concordância com a "Declaração de Direito Autoral" do CREATIVE COMMONS, o qual consta no item Declaração de Direito Autoral. Ao clicar no ícone do CREATIVE COMMONS (This obra is licensed under a Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0) será aberta uma página que contém (em vários idiomas, inclusive o português) as condições da atribuição.

Os autores deverão reconhecer e revelar possíveis conflitos de interesse que possam influenciar seu trabalho. Também eles deverão enviar as políticas dos financiamentos recebidos caso a pesquisa envolva ensaios clínicos.

É de responsabilidade dos autores manterem seus e-mails atualizados para receber todas as comunicações, bem como comunicar à revista qualquer problema que possa ocorrer neste sentido.

TIPOS DE TRABALHOS ACEITOS

Editorial: De responsabilidade de editores, podem ser redigidos por convidados, mediante solicitação do editor-geral. Máximo de 800 palavras.

Cartas ao editor: comentários sobre material publicado. Máximo de 800 palavras.

Artigos originais: Contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa empírica inédita, que possam ser replicados e/ou generalizados, e também formulações discursivas teorizantes e pesquisas de metodologia qualitativa. Devem possuir no máximo 6.000 palavras e 5 (cinco) ilustrações (tabelas e/ou figuras entre outros) e resumo informativo com até 150 palavras.

Artigos de revisão de literatura: Compõem-se de trabalhos que apresentam como método de pesquisa a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo, realizado de maneira sistemática e ordenada, favorecendo o conhecimento do tema investigado. Devem possuir no máximo 5.000 palavras e 4 elementos visuais e resumo informativo com até 150 palavras.

Relatos de Experiência: Trabalhos que relatam experiências inovadoras em saúde, com potencial de extrapolação e possibilidades de aplicação em outras realidades. Essa modalidade de submissão engloba relatos de projetos aplicativos ou projetos de intervenção, devendo conter objetivos e as formas para alcançá-los. Devem ter no máximo 5.000 palavras e 4 (quatro) elementos visuais.

Resenhas de Livros: Resenhas de livros publicados sobre temas de interesse. Máximo de 1.000 palavras.

AUTORIA

Os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do ICMJE, o qual determina que o reconhecimento da autoria deva basear-se em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos:

1. Concepção do projeto ou análise e interpretação dos dados;
2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual;
3. Revisão e /ou Aprovação final da versão a ser publicada;
4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

Considerações relativas à ordem de citação dos autores são de responsabilidade dos autores e devem ser resolvidas antes da submissão. Todas as pessoas designadas como autores devem responder pela autoria dos manuscritos e ter participado suficientemente do trabalho para assumir responsabilidade pelo seu conteúdo. Os autores devem acrescentar seu código ORCID no sistema OJS. Caso os autores não tenham ainda seu ID ORCID recomendamos inscrever-se previamente em www.orcid.org.

Para submissão serão aceitos manuscritos com no máximo 5 (cinco) autores.

PROCESSO DE JULGAMENTO DOS MANUSCRITOS

Os trabalhos enviados serão submetidos a uma primeira análise por parte do Comitê de editoração para verificação da adequação da contribuição à linha editorial e se este se adequa às instruções para os autores estabelecidas neste documento. Pode-se inclusive, nesta fase, ser requerido aos autores que se façam modificações em prazo estabelecido. A decisão da análise será comunicada aos autores.

Posteriormente, a avaliação do artigo é realizada pelo sistema *peer review*, quando membros do conselho editorial ou ad-hoc e convidados pela comissão de editoração avaliam o mérito do manuscrito. Serão enviados trabalhos para dois pareceristas, e, após o recebimento das avaliações, o editor decidirá pelo prosseguimento da submissão, que pode ser: aceitação do artigo para publicação, reenvio ao

autor para reformulação ou rejeição justificada aos autores. Será estabelecido prazo para que os trabalhos que necessitem de reformulação sejam reenviados via sistema de editoração, caso contrário, a submissão será arquivada. Caso haja interesse, os autores que tiverem seus trabalhos rejeitados poderão submeter o artigo novamente em edição posterior, após realizar as reformulações requeridas, iniciando novo processo de submissão. Caso o número de trabalhos aprovados exceda o número de artigos para uma edição, os artigos excedentes serão publicados em edição posterior.

Além das normas a avaliação terá como critérios: atualidade, originalidade e relevância do tema, consistência científica e respeito às normas éticas.

PREPARO DOS MANUSCRITOS

O texto de manuscrito de pesquisa original deve seguir a estrutura conhecida como IMRD: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão (Estrutura do Texto). Manuscritos baseados em pesquisa qualitativa podem ter outros formatos, admitindo-se Resultados e Discussão em uma mesma seção e Considerações Finais/Conclusões. Outras categorias de manuscritos (**revisões, comentários etc.) seguem os formatos de texto a elas apropriados.**

Os ensaios clínicos (estudos experimentais randomizados) devem ser registrados previamente, conforme exigência da Organização Mundial da Saúde e do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas. O registro deve ser realizado em plataforma que atenda os critérios destas duas organizações. É condição para publicação que o número do registro do ensaio clínico conste em nota de rodapé, na página de identificação do manuscrito. Mais informações podem ser acessadas em: <http://www.icmje.org/recommendations/browse/publishing-and-editorial-issues/clinical-trial-registration.html>.

Metadados: O autor, via sistema OJS, deve informar o título, o nome de todos o (s) autor (es), seus respectivos códigos ORCID, principal vinculação institucional de cada um deles, órgão

(s) financiador (es) e endereço para contato eletrônico para correspondência;

Página de título e identificação: O autor, no momento da submissão dos arquivos, deve enviar documento suplementar com título em português e inglês, identificação dos autores, filiação (titulação máxima, instituição, cidade, estado e país e a informação do autor designado como correspondente, com endereço físico e eletrônico.

Formatação: Os trabalhos devem ser redigidos de acordo com o Estilo Vancouver, norma elaborada pelo ICMJE (<http://www.icmje.org>). Devem ser encaminhados em Word, OpenOffice ou RTF, fonte Arial 12, espaçamento 1,5 (exceto resumo, ilustrações, agradecimento e referências), Recuo especial primeira linha de 1,25 cm, com todas as páginas numeradas, todas as margens configuradas em 2,5 cm cada.

Redação: Devem ser escritos de maneira objetiva, mantendo a linguagem adequada ao estudo, bem como ressaltando a terminologia científica condizente. Recomenda-se que o (s) autor (es) busquem assessoria linguística profissional (revisores e/ou tradutores certificados nos idiomas do texto), antes de submeter (em) os manuscritos para verificação de incorreções/inadequações morfológicas/sintáticas, idiomáticas ou de estilo. Deve ser evitado o uso de primeira pessoa do singular "meu estudo" ou da primeira pessoa do plural "percebemos...". Os títulos das seções textuais devem ser destacados gradativamente, sem recuo e sem numeração, com as seções mantendo o padrão gráfico em seus níveis hierárquicos.

Devem conter:

TÍTULO/SUBTÍTULO: Centralizados em caixa alta e negrito.

RESUMO: Resumo informativo, informando ao leitor finalidades, metodologia, resultados e conclusões do documento. Deve conter no máximo 150 palavras, composto de uma sequência de frases concisas, afirmativas e não de enumeração de tópicos, em parágrafo único, sem espaçamento de linhas ou recuo. A primeira

frase deve ser significativa, explicando o tema principal do documento. Deve ser utilizado verbo na voz ativa e na terceira pessoa do singular.

PALAVRAS-CHAVE: Devem figurar logo abaixo do resumo, antecedidas da expressão Palavras-chave e separadas entre si por ponto e finalizadas também por ponto. Utilizar de 2 a 5 descritores. Recomenda-se utilizar o índice dos Descritores em Ciências da Saúde DeCS (<http://decs.bvs.br>).

ABSTRACT/KEYWORDS: Logo abaixo, inserir o ABSTRACT/KEYWORDS do documento em inglês.

CITAÇÕES: Deve ser utilizado o sistema numérico para identificar as obras citadas. Representá-las no texto com os números correspondentes sem parênteses e sobrescritos, antes do ponto. Quando se tratar de numeração seqüencial, separar os números por hífen, quando intercaladas devem ser separadas por vírgula. Em caso de transcrição de palavras, frases ou parágrafos com palavras do autor (citação direta), devem ser utilizadas aspas na seqüência do texto e referência correspondente. Supressões devem ser indicadas pelo uso da reticência entre colchetes [...].

REFERÊNCIAS: A Revista adota o "Requisitos uniformes para manuscritos submetidos a Revistas Biomédicas", publicado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas, Estilo Vancouver, disponível no site: <http://www.icmje.org> ou <http://www.bu.ufsc.br/ccsm/vancouver.html> (versão traduzida em português).

Os títulos de periódicos devem ser referidos abreviados, de acordo com o Index medicus: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=journals>. Para abreviatura dos títulos de periódicos nacionais e latino-americanos, consultar o site: <http://portal.revistas.bvs.br> eliminando os pontos da abreviatura, com exceção do último ponto para separar do ano.

Na lista de referências, estas devem estar numeradas consecutivamente, conforme a ordem que forem mencionados. O (s) autor (es) são referenciados pelo sobrenome, seguido do (s) nome (s) abreviados e sem o ponto. Caso o

documento possua mais que seis autores, citar os seis primeiros seguido da expressão et al. Não serão aceitas referências de fim de página ou nota de rodapé.

Outras orientações

Ilustrações: Devem ser até o máximo de 5 (cinco) por artigos originais e 4 (quatro) para revisão de literatura e relato de experiência, sendo que considera-se como ilustrações gráficos, quadros e tabelas. Devem ser apresentadas em preto e branco. Devem ser apresentadas com os seus títulos na parte superior, sem espaçamento, alinhado à esquerda e devem ser numeradas consecutivamente. A legenda deve constar na parte inferior, em fonte 11, alinhado à esquerda. Devem ser construídas para sua reprodução direta sempre que possível. No corpo das tabelas, não utilizar linhas verticais nem horizontais; os quadros devem ser fechados.

Agradecimentos: devem ser breves e objetivos, reservados às pessoas que prestaram ajuda técnica, mas que não foram caracterizados como co-autoras, ou instituições financiadoras e de apoio de outros recursos.

Conflitos de interesse: Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, sejam interesses políticos e/ou financeiros associados à patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

CARTA DE SUBMISSÃO (COVER LETTER)

Deve ser dirigida ao Editor Científico, assinada pelo autor/submetente, e deve ser anexada como documento suplementar no momento da submissão. A carta deve conter: a) título completo do manuscrito submetido; b) afirmação de que sua apresentação é exclusiva para a Revista; c) declaração de compromisso em inserir corretamente os metadados do manuscrito, com o nome e dados de todos os autores responsáveis pela submissão; d) declaração que evidencie a principal contribuição científica do manuscrito submetido e sua adequação ao escopo da Revista (porque é pertinente ao público-alvo da Revista). Além disso, se existir, manifestação de

interesse e disposição em atuar como revisor de pelo menos um manuscrito em futuras edições da Revista.

CHECK-LIST DA SUBMISSÃO

Os autores, para concretizarem sua submissão, estão obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação à política editorial e instruções para autores. O conselho editorial devolverá os artigos aos autores, sem análise do mérito, caso alguns dos itens listados a seguir não esteja dentro das normas da revista:

1. A contribuição deve ser original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista;
2. Deve conter carta de submissão (cover letter);
3. Os arquivos para submissão estão em formato Microsoft Word, Open Office ou RTF.
4. O texto está de acordo com a formatação de página e estilo;
5. O texto apresenta resumo em português e inglês, com palavras-chave e *keywords*;
6. O texto está dentro das normas de estruturação na sua modalidade;
7. As tabelas e figuras estão identificadas conforme orientações e numeradas por ordem de inserção no texto;
8. As referências estão no Estilo Vancouver, numeradas por ordem de citação;
9. O autor submetente preencheu os metadados de todos os colaboradores, com nome completo, ORCID e contatos;
10. Os autores concordam com a política de direitos autorais desta revista.
11. O autor enviou, como documento suplementar, **página de título e identificação**.

DECLARAÇÃO DE DIREITO AUTURAL

Autores que publicam nesta revista concordam com os seguintes termos:

A) Autores mantém os direitos autorais e concedem à revista o direito de primeira publicação, com o trabalho simultaneamente licenciado sob a Licença Creative Commons Attribution que permite o compartilhamento do trabalho com reconhecimento da autoria e publicação inicial nesta revista.

B) Autores têm autorização para assumir contratos adicionais separadamente, para distribuição não-exclusiva da versão do trabalho publicada nesta revista (ex.: publicar em repositório institucional ou como capítulo de livro), com reconhecimento de autoria e publicação inicial nesta revista.

C) Autores têm permissão e são estimulados a publicar e distribuir seu trabalho online (ex.: em repositórios institucionais ou na sua página pessoal) a qualquer ponto antes ou durante o processo editorial, já que isso pode gerar alterações produtivas, bem como aumentar o impacto e a citação do trabalho publicado (Veja O Efeito do Acesso Livre).

PROVA

O autor receberá em formato .pdf a prova final para publicação, em que apenas correções formais podem ser realizadas. O prazo para essa revisão é de 48 horas.

