

**Anais do III Seminário da
Pós-graduação em
Gestão de Serviços de
Saúde**

Anais do III Seminário da Pós-
graduação em Gestão de Serviços
de Saúde. Anais...Belo
Horizonte(MG) Escola de
Enfermagem da UFMG, 2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

AN532 Anais do III Seminário da Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde. Anais...Belo Horizonte(MG) Escola de Enfermagem da UFMG, 2022

Disponível em <www.even3.com.br/anais/seminariogestaoservicossaude>

ISBN: 978-85-5722-524-4

1. Serviços e problemas sociais; associações 2. Administração pública e ciência militar 3. Medicina e saúde

Escola de Enfermagem da
UFMG

CDD - 370

CORPO EDITORAL

COMISSÃO ORGANIZADORA

PROFA. DRA. KARLA RONA DA SILVA

PROFA. DRA. VANESSA DE ALMEIDA

COMISSÃO CIENTÍFICA

PROFA. DRA. ADRIANE VIEIRA

PROFA. DRA. KARLA RONA DA SILVA

PROFA. DRA. MIRELA CASTRO SANTOS CAMARGOS

PROF. ME. RENATO RODRIGUES DA SILVA

PROFA. DRA. VANESSA DE ALMEIDA

A EXPERIÊNCIA DO HOSPITAL METROPOLITANO DR. CÉLIO DE CASTRO DURANTE A PANDEMIA DE COVID19: ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO, CONTROLE E MANEJO DA DOENÇA

Danilo Borges Matias; Médico e Mestre em Gestão de Serviços de Saúde; Hospital Metropolitano Dr. Célio de Castro.

Stephanie Marques Moura Franco Belga; Gestora de Serviços de Saúde e Doutoranda em Saúde Pública; Hospital Metropolitano Dr. Célio de Castro.

Maria Izabella Vieira de Assis Rocha Carvalho de Medeiros; Enfermeira Especialista em Controle de Infecção Hospitalar; Hospital Metropolitano Dr. Célio de Castro

Cristina Ferreira de Oliveira Peixoto; Enfermeira e Gestora Hospitalar e Serviços de Saúde; Hospital Metropolitano Dr. Célio de Castro

RESUMO

Introdução: Em março de 2020, a rede hospitalar pública e privada deparou-se com a Pandemia de COVID19 que trouxe o desafio de se organizar na estrutura e processos para atender às demandas do sistema de saúde em quantidade e qualidade, de forma dinâmica e flexível, para evitar a transmissão intra-hospitalar da doença, além de garantir a força de trabalho para esse enfrentamento. A Pandemia de COVID19 exigiu das Instituições de saúde uma transformação dramática desde a infraestrutura, capacitação das equipes e aquisição de suprimentos para a o pleno funcionamento do hospital. Esse cenário exigiu dos gestores hospitalares e demais profissionais novos conhecimentos e novas habilidades. **Objetivo:** Descrever a experiência do Hospital Metropolitano Dr. Célio de Castro no enfrentamento, controle e manejo da COVID19. **Referencial Teórico:** O novo coronavírus foi notificado em 12 de dezembro de 2019, em Wuhan, província chinesa de Hubei e atingiu um alto grau de transmissibilidade que levou a Organização Mundial de Saúde (OMS) a declarar Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) em 30 de janeiro de 2020 (WHO,2020). A OMS recomendou na ocasião a formação de comitês de vigilância para respostas rápidas e investigação de casos com protocolos de rastreio de contatos, monitoramento de casos confirmados divulgação da situação epidemiológica da doença e tendência no comportamento histórico (WHO,2020 ALBUQUERQUE, 2020). Recomendou-se também o delineamento de planos de resposta nacionais à doença por meio do manejo em serviços de saúde para enfrentamento do aumento exponencial do número de casos suspeitos e confirmados da COVID19. Relacionado ao ambiente hospitalar, os estabelecimentos de saúde deveriam avaliar a viabilidade de utilização de métodos para diagnósticos para COVID19, bem como para administrar procedimentos terapêuticos, através de equipamentos de saúde disponíveis e habilitados para receber pacientes. Dessa forma, os locais estratégicos para atender a demanda desse perfil de pacientes seriam aqueles com capacidade instalada de leitos de unidade de tratamento intensivo (WHO, 2020; SANTOS et al, 2021). **Método:** Estudo descritivo, do tipo relato de experiência, realizado no período de abril de 2020 a outubro de 2021, no Hospital Metropolitano Dr. Célio de Castro (HMDCC), em Belo Horizonte, Minas Gerais. O HMDCC, é um hospital de natureza jurídica privada, sem fins econômicos, com a missão de prestar ações e serviços de saúde exclusivamente para o Sistema Único de Saúde, totalmente regulado e referenciado pelas centrais de regulação municipais, articuladas com o sistema estadual de regulação. Desenvolve projetos considerados prioritários pelo gestor do SUS e integrados à Rede de Atenção à

Saúde/RAS, como leitos de retaguarda para a urgência e emergência, leitos de saúde mental em hospital geral, diagnose e avaliação especializada de pacientes em atendimento nas UPAs, unidade de AVC. Caracteriza-se por grande flexibilidade e agilidade de resposta em situações como já ocorrido no enfrentamento à Febre Amarela, Dengue, COVID19. **Resultados e Discussão:** Em 2020 e 2021, o HMDCC foi o segundo hospital de MG em número de atendimentos de pacientes com suspeita ou confirmação de Covid19 e desde então foram implantadas práticas baseadas em cinco eixos. Eixo de revisão dos fluxos operacionais de serviço: A criação do Comitê Executivo COVID19 foi coordenado pela Diretoria de Apoio Assistencial uma vez que a concentração de “negócios” referentes ao enfrentamento da pandemia pertenciam a essa diretoria. Esses comitês contavam com a participação de representantes de todas as áreas, permitindo assim uma visão sistêmica e possibilitando uma maior agilidade nas decisões, bem como eram compartilhadas informações e orientações sobre a atuação do HMDCC no enfrentamento à pandemia de Coronavírus, em consonância com as diretrizes estabelecidas no âmbito do SUS. Também nesse foi desenvolvido nesse fórum um Plano com detalhamento das medidas sanitárias para todos os ambientes de uso coletivo e áreas de circulação. Esse Plano, assim como todas as medidas de controle e enfrentamento da Pandemia foram extremamente dinâmicos sofrendo constantes mudanças e melhorias, com foco no manejo clínico, biossegurança, prevenção e controle de infecção relacionada à assistência à saúde, segurança do paciente e seu transporte. Eixo de acolhimento e qualidade assistencial: Diversas estratégias foram implementadas desde a adaptação da estrutura física original da unidade de internação com a criação de alas de isolamento respiratório que contavam com área de paramentação e desparamentação seguras; Criação da Unidade de Estabilização Clínica (UEC), responsável pelo atendimento aos pacientes internos e externos com critérios de gravidade pela COVID19; Elaboração, em conjunto com o, Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, do protocolo de atendimento e manejo ao paciente, baseado nas melhores evidências científicas disponíveis, Treinamento das equipes médicas e de enfermagem, ministrados pelas equipes de Anestesia, Fisioterapia e Terapia Intensiva, em intubação orotraqueal, manejo de vias aéreas, ventilação mecânica, aspiração de vias aéreas com sistema fechado e outros procedimentos invasivos; Importação de bloqueadores neuromusculares e anestésicos sedativos, a fim de garantir a assistência aos pacientes com COVID19 e que em determinado momento estava em vias de desabastecimento no mercado brasileiro. Eixo de ampliação dos leitos e da força de trabalho: Houve a participação ativa do RH na busca, seleção, contratação e ampliação das equipes assistenciais, via currículo web, para enfrentamento da pandemia. Em 2021, o HMDCC contratou 763 trabalhadores, tanto para reposição dos postos de trabalho que ficaram descobertos com o início da pandemia, quanto para ampliação dos leitos. Ao longo deste ano, houve 702 desligamentos. Eixo de cuidado ao trabalhador: Com o objetivo de acolher e apoiar as pessoas e lidar com as apreensões, inseguranças e outros sentimentos que podem afetar a equipe da assistência direta aos pacientes, o projeto “Nossa força é você” foi lançado para os trabalhadores que se encontravam na linha de frente ao enfrentamento da COVID19 no HMDCC. O projeto incluiu ações que são divididas em quatro focos de ação: ambiência; alimentação/lanche especial; meditação e espiritualidade; abordagem, escuta ativa e apoio especializado aos profissionais. Eixo de apoio à ciência: O HMDCC contribuiu para a construção do conhecimento durante a pandemia, sendo coparticipante de alguns projetos de pesquisa, como gestão de custos da COVID19; avaliação de escores de risco para prever mortalidade de Covid em pacientes internados em UTI; resposta imunológica através de coletas de soro à detecção inicial, detecção máxima e de redução dos anticorpos, assim como o tempo de detecção dos anticorpos neutralizantes, particularmente importantes na permanência da resposta

imune. **Conclusões:** A capacidade técnica e administrativa do hospital, respondeu rapidamente às necessidades de logística e suprimentos, para além dos atendimentos assistenciais. Apesar da multiplicidade de sentimentos, medo, e insegurança pelo novo cenário, observamos entre as equipes, o compartilhamento de saberes e a ressignificação do cuidado, compreendendo que a autonomia, o diálogo e a participação ativa são diretrizes para a construção coletiva do conhecimento e transformação efetiva da realidade. Por fim, a pandemia impôs aos sistemas de saúde grandes desafios a serem resolvidos para o enfrentamento à pandemia. No que tange ao Sistema Único de Saúde, desafios já vivenciados pelos serviços de regulação, vigilância, acesso, financiamento e articulação da rede de atenção.

PALAVRAS-CHAVE: COVID19; Atenção Hospitalar; Gestão Hospitalar

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE NLS. Planejamento operacional durante a pandemia de COVID-19: comparação entre recomendações da Organização Mundial da Saúde e o plano de contingência nacional. **Cogitare Enferm** 2020; 25(72):1-7.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **International Health Regulations Geneva:** OMS; 2005.

SANTOS TBS, et al. Contingência hospitalar no enfrentamento da COVID-19 no Brasil: problemas e alternativas governamentais. **Ciênc. saúde coletiva** 2021; 26 (4)19.

WHO. World Health Organization. COVID-19 Strategic preparedness and response plan operational planning guidelines to support country preparedness and response Geneva: WHO; 2020.

ACOLHIMENTO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA EM SERVIÇOS DE SAÚDE: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Isadora Oliveira Gondim - Graduanda do curso de Gestão de Serviços de Saúde;
EE/UFGM

Adriane Vieira - Doutora em Administração; Gestão de Serviços de Saúde;/EE/UFGM

RESUMO

Introdução: Historicamente, estigmas foram construídos em função de crenças populares e divulgação de informações incoerentes e sem embasamento científico, impactando em segregação em relação a certos grupos, como o das pessoas com deficiência. Apesar dos avanços das pesquisas e das discussões sobre a temática ao longo do tempo, as barreiras de acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde, ainda persistem (CARON; LANNI; LEFEVRE, 2018). **Objetivo:** A pergunta norteadora deste estudo é: como tem ocorrido o acolhimento e a acessibilidade das pessoas com deficiência nos serviços de saúde? O objetivo desta pesquisa foi analisar o acolhimento e a acessibilidade de pessoas com deficiência (PCD) em serviços de saúde. **Referencial Teórico:** A partir do século XVII, a comunidade científica começou a elaborar uma classificação das doenças, mas sem abordar as deficiências de forma específica. Nesse processo contínuo, em 1960 teve início o Movimento do Direito dos Deficientes, com reivindicação da participação de pessoas deficientes na pesquisa e nas decisões políticas referentes a este grupo. Em 1976, durante a IX Assembleia da OMS foi apresentada uma Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens, englobando também as consequências das doenças (AMIRALIAN *et al.*, 2000). **Metodologia:** A pesquisa se caracteriza por uma revisão integrativa da literatura (CORIOLANO-MARINUS *et al.*, 2014). A busca por estudos primários foi realizada nas bases de dados bases de dados Medline via portal *PubMed da National Library of Medicine*, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Cochrane, Scopus (CAPES), *Web of Science* (CAPES) e EMBASE (Portal CAPES). Foram considerados os seguintes descritores em português e inglês: Pessoas com Deficiência, Humanização da Assistência, Acolhimento, Serviços de Saúde. Para a combinação utilizou-se os operadores booleanos AND e OR. Após a eliminação dos estudos repetidos e leitura dos títulos e resumos dos mesmos foram eliminados 1112 trabalhos, resultando em uma seleção parcial de 32 textos, que após a leitura do material completo de cada publicação resultaram em um total de 13 publicações (Tabela 1. Apêndice 1). As estratégias de busca utilizadas nas respectivas bases de dados e os motivos da exclusão foram apresentadas como recomendado pelas diretrizes PRISMA (MOHER *et al.*, 2015) conforme Figura 1 (Apêndice 2). **Resultados e Discussão:** As diretrizes presentes na Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência foram utilizadas como categorias de análise. A primeira categoria foi a promoção da qualidade de vida das pessoas com deficiência. Todos os estudos da amostra abordam a temática saúde das pessoas com deficiência e tiveram como alvo a qualidade de vida. A acessibilidade é algo geral que inclui os facilitadores, mas não se limita a eles, e a pesar das diferenças de definição esses termos foram usados como sinônimos. As pessoas com deficiências relataram menor qualidade de vida, com maior frequência de doenças físicas e psicológicas. A segunda categoria foi a prevenção de doenças. A importância da prevenção e do comprometimento do paciente e de sua família com a saúde da pessoa com deficiência foi abordada em todos os trabalhos. A terceira categoria foi a atenção integral à saúde e organização e funcionamento dos serviços de atenção. A atenção integral à saúde é um dos princípios do Sistema Único de saúde (SUS), ela representa a porta de entrada para o acesso aos demais níveis de atenção a saúde. A acessibilidade foi apontada como a principal barreira de acesso, a partir de duas dimensões: geográfica, englobando aspectos como a distância, tempo de locomoção

dos usuários para chegar aos serviços; e os custos da viagem, dentre outras variáveis relacionadas; e sócio-organizacional, que inclui características que podem facilitar ou dificultar a capacidade das pessoas no uso dos serviços, como por exemplo, a qualificação profissional e a abertura para desenvolvimento de um ambiente mais inclusivo. Dependendo da idade e da deficiência é necessário o auxílio de outras pessoas para que aquelas com deficiência possam chegar aos serviços, realizar agendamento e buscar remédios, por isso, o atendimento integral pode ser prejudicado, principalmente em locais com falta de equipes de saúde da família. Ademais, as características do próprio serviço, como demora no atendimento, problemas com estacionamento, falta de rampas, elevadores, cadeiras de rodas, sanitários adaptados e médicos, também influenciam no acolhimento das pessoas com deficiência. A quarta categoria foi a expansão e fortalecimento dos mecanismos de informação. Para a construção do acolhimento é primeiramente necessário estabelecer uma comunicação, verbal e não verbal, clara e concisa, sendo este um dos grandes déficits dos serviços. Os facilitadores da comunicação, como material em relevo/braile, recurso auditivo, comunicação visual, listagem acessível de ações do serviço estão presentes apenas em municípios com maior PIB e porte populacional. Existe a necessidade de simplificar os canais de informação e criar um portal de informação abrangente, baseado na web, com um *call center* associado. A quinta categoria examinada foi o treinamento de recursos humanos. Os estudos abordaram esse tema indiretamente e destacaram a necessidade de qualificar os profissionais de saúde para a melhoria da comunicação, pois, a dificuldade de estabelecer uma comunicação mais efetiva, humanizada e acessível tem potencial de impactar positivamente na construção de uma relação médico/paciente e pode facilitar a adesão ao tratamento. Os profissionais de saúde têm consciência da necessidade de conhecerem mais sobre a linguagem de Libras. **Conclusões:** as pessoas com deficiência, apesar de terem mais demandas ainda se mantêm distantes dos serviços de saúde, e a falta de acessibilidade no percurso até o serviço pode ser um agravante para o afastamento.

PALAVRAS-CHAVE: Pessoas com deficiência; Saúde; Humanização.

REFERÊNCIAS

AMIRALIAN, M. L. T. *et al.* Conceituando deficiência. **Revista de Saúde Pública [online]**, v. 34, n. 1, p. 97-103, 2000.

BERNARDES, L. C. G. *et al.* Pessoas com deficiência e políticas de saúde no Brasil: reflexões bioéticas. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 14, n. 1, p. 31-38, 2009.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência Plano Viver sem Limite. **Diário Oficial** [da República Federativa do Brasil].

CARON, E.; IANNI, A. M. Z.; LEFEVRE, F. A saúde como ciência e o corpo biológico como artefato: o caso do Jornal Nacional. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 23, n. 4, p. 1333-1342, 2018.

CONDESSA, A. M. *et al.* Barreiras e facilitadores à comunicação no atendimento de pessoas com deficiência sensorial na atenção primária à saúde: estudo multinível. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, n.1 v. 23, p. 1-14, 2020.

CORIOLO-MARINUS, M. W. L. et al. Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1356-1369, 2014.

DALMOLIN, B. B. *et al.* Significados do conceito de saúde na perspectiva de docentes da área da saúde. **Escola Anna Nery [online]**, v. 15, n. 2, p. 389-394, 2011.

CUNHA, M.A.O. *et al.* Health Care for people with disabilities in the unified health system in Brazil: a scoping review. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v.19, n.3, 2022.

SEGRE, M.; FERAZ, F. C. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública [online]**, v. 31, n. 5, p. 538-542, 1997.

Apêndice 1

Tabela 1: Artigos selecionados, apresentando título da publicação, autores, bases de dados, periódicos, ano de publicação

Nº	TÍTULO DA PUBLICAÇÃO	AUTORES	BASE DE DADOS	PERIÓDICOS	ANO
1	Inclusão da pessoa com deficiência em um Centro de Referência em DST/AIDS de um município baiano	Sales, A. S; Oliveira, R. F. de; Araújo, E. M. de.	BVS	Rev. Bras. Enferm	2013
2	Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco	Albuquerque, M. do S. V. de; L, T. M.; Farias, S. F.; Mendes, M. F. de M.; Martelli, P. J. de L.	BVS	Saúde debate	2014

3	Health disparities of adults with intellectual disabilities: what do we now?What do we do?	Krahn, G.L.; Fox, M.H.	PUBMED	Appl Res Intellect Disabil.	2014
4	Meaningful health outcomes for paediatric neurodisability: Stakeholder prioritisation and appropriateness of patient reported outcome measures	Morris, C.; Janssens, A.; Shilling, V; Allard, A.; Fellowes , A.; Tomlinson, R.; Williams, J.; Thompson Coon , J.; Rogers, M.; Beresford, B.; Green , C.; Jenkinson, C.; Tennant, A.; Logan, S.	PUBMED	Health Qual Life Outcomes.	2015
5	Examining the use of metaphors to understand the experience of community treatment orders for patients and mental health workers	Lawn, S.; Delany, T.; Pulvirenti, M.; Smith, A.; McMillan, J.	PUBMED	BMC Psychiatry.	2016
6	World Health Organisation Global Disability Action Plan 2014-2021: Challenges and perspectives for physical medicine and rehabilitation in Pakistan	Khan, F; Amatya, B; Sayed, T.M.; Butt, A.W.; Jamil, K.; Iqbal, W.; Elmalik, A.; Rathore, F.A.; Abbott, G..	PUBMED	J Rehabil Med.	2017
7	Acessibilidade física na atenção primária à saúde: um passo para o acolhimento	Marques, J. F.; Áfio, A.C. E; Carvalho, L. V. ; Leite, S. S.; Almeida, P. C. de; Pagliuca, L. M. F.	BVS	Rev. gaúch. enferm	2018
8	Acessibilidade do adolescente com deficiência auditiva aos serviços de saúde	Thomaz, M. M.; Milbrath, V. M.; Gabatz, Ruth Irmgard Bärtschi.; Freitag, Vera Lúcia.; Vaz, Jéssica Cardoso	BVS	Rev. eletrônica enferm	2019
9	Health care of people with visual or hearing disabilities	Campos, V.; Cartes-Velásquez, R.	PUBMED	Rev Med Chil	2019
10	Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: perspectivas das pessoas com deficiência no contexto rural	Lenz, T. C.; Costa, M. C.; Colomé, I. C. S.; Andrade, A.; Souza, N. S.; Arboit, J.	BVS	Rev. Enferm. UFSM	2020
11	Barreiras e facilitadores à comunicação no atendimento de pessoas com deficiência sensorial na atenção primária à saúde: estudo multinível	Condessa, A. M.; Giordani, J. M. A.; Neves, M.; Hugo, F. N.; Hilgert, J. B.	BVS	Rev. Bras. Epidemiol	2020

12	Focus group interview regarding the accessibility of health information for people with disabilities and means of improving this accessibility in the future	Changwoo Shon.; Boyoung Jeon; Jae Hee Lim; So Youn Park; Ye-Rin Lee; Young-Eun Kim; Saengryeol Park ; Na-Eun Lee; In-Hwan Oh.	PUBMED	Medicine (Baltimore).	2020
13	Health Care for People with Disabilities in the Unified Health System in Brazil: A Scoping Review	Cunha, M. A. O.; Santos, H. F.; Carvalho, M. E. L. C.; Miranda, G. M. D.; Albuquerque, M. S. V.; Oliveira, R. S.; Albuquerque, A. F. C.; Penn-Kekana, L.; Kuper, H.; Lyra, T. M.	PUBMED	Int J Environ Res Public Health	2022

Fonte: elaborado pelos autores.

Apêndice 2

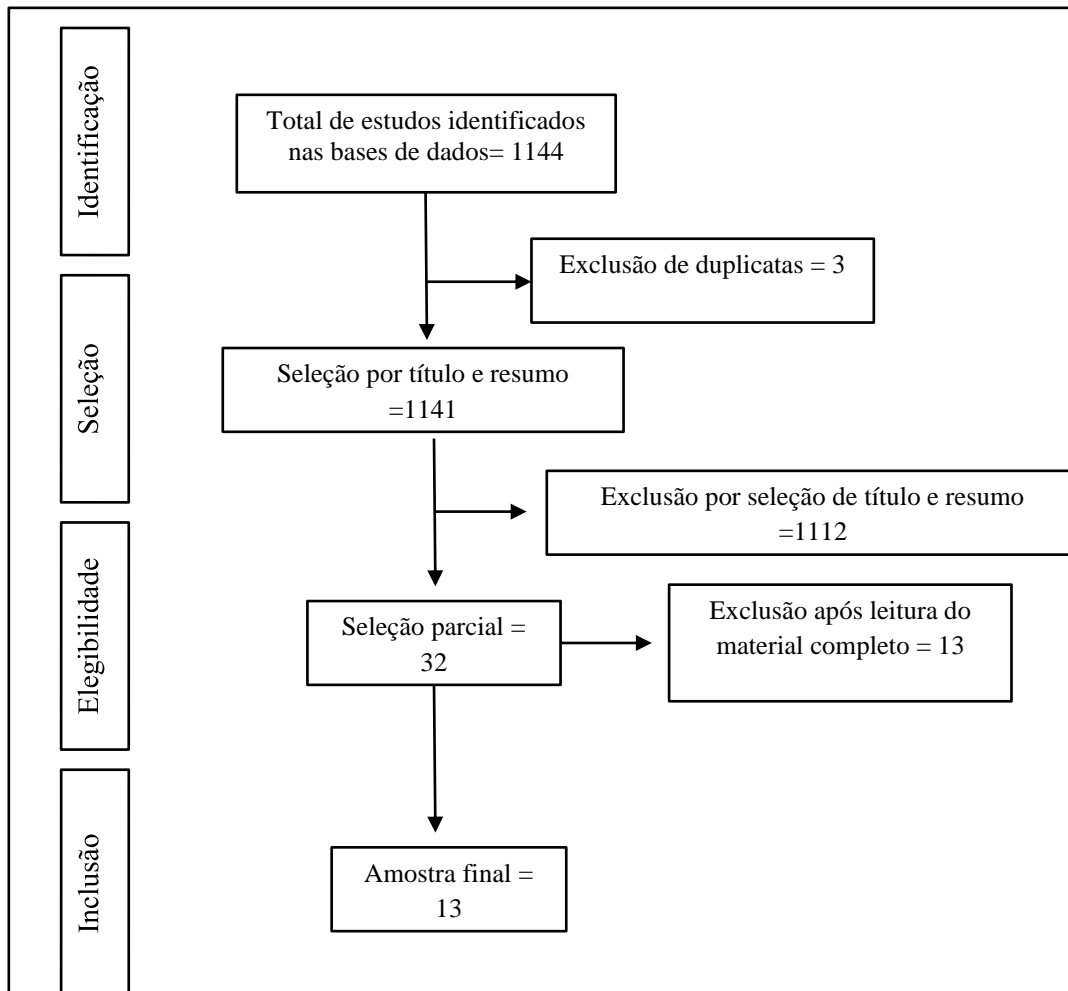


Figura 1: Fluxograma da seleção dos estudos primários. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2022.
Fonte: elaborado pelos autores.

ANÁLISE DE RESULTADOS ALCANÇADOS POR MUNICÍPIOS DO ESTADO DE MINAS GERAIS NOS COMPONENTES DO PROGRAMA PREVINE BRASIL

Caroline Schilling Soares – Mestrado – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)
Mirela Castro Santos Camargos – Doutorado – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Kenya Valéria Micaela de Souza Noronha – Doutorado – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

RESUMO

O financiamento específico para a Atenção Primária à Saúde (APS) foi estabelecido em 1998, mediante criação do Piso da Atenção Básica (PAB), que era composto por uma parte fixa (PAB Fixo) calculada pelo número de habitantes de um município, e outra variável (PAB Variável) para o desenvolvimento de ações estratégicas (BRASIL, 1998). Mudanças no financiamento da APS ocorreram em anos posteriores e em 2019 o Ministério da Saúde definiu um novo modelo de financiamento, denominado Programa Previne Brasil, composto por Capitação Ponderada, Pagamento por Desempenho e Incentivo para Ações Estratégicas (BRASIL, 2019). O objetivo deste trabalho é analisar os resultados alcançados pelos municípios do estado de Minas Gerais quanto ao cadastro da população, aos indicadores de saúde e à adesão a ações e programas estratégicos antes e após a instituição do Programa Previne Brasil. A Capitação Ponderada se refere ao pagamento por pessoa cadastrada em equipes de Saúde da Família (eSF) e equipes da Atenção Primária (eAP), sendo aplicados pesos conforme o perfil da população demográfico e a vulnerabilidade socioeconômica da população, considerando também a tipologia do município (BRASIL, 2019). Diferentemente da Capitação Ponderada, o PAB Fixo não considerava a população cadastrada em equipes, representando um componente universal do financiamento. Uma das críticas que impulsionou a mudança do modelo de financiamento foi o elevado número de usuários não cadastrados pelas equipes (HARZHEIM, 2020; MASSUDA, 2020; MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020; DE SETA; OCKÉ-REIS; RAMOS, 2021). O Pagamento por Desempenho considera os resultados alcançados em indicadores voltados à atenção materno-infantil, saúde da mulher e ao manejo de condições crônicas de saúde. Destaca-se que, anteriormente, o financiamento federal da Atenção Primária não contemplava o alcance de indicadores. O Incentivo para Ações Estratégicas prevê repasse de recursos financeiros conforme adesão dos municípios a equipes e programas (BRASIL, 2019). Trata-se de estudo transversal descritivo, de abordagem quantitativa, realizado com base em dados secundários do portal e-Gestor Atenção Básica e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, para os 853 municípios de Minas Gerais, com análise desagregada para as 14 macrorregiões de saúde do estado (MINAS GERAIS, 2020). Os dados foram coletados por município, para o 3º quadrimestre dos anos de 2018 a 2021, compreendendo o período anterior e posterior à instituição do Programa Previne Brasil. O método de análise baseou-se na realização de estatística descritiva. Por se tratar de pesquisa com dados de domínio público, sem envolvimento de seres humanos, dispensou-se a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa. A análise do percentual da população cadastrada antes (2018 e 2019) e após (2020 e 2021) a instituição do Programa Previne Brasil mostrou um aumento importante em praticamente todas as macrorregiões de saúde. A análise do percentual de municípios por macrorregião de saúde, segundo faixas de cobertura da população cadastrada, mostrou uma redução do percentual de municípios com cobertura inferior a 70%, e o concomitante aumento nas faixas acima de 70% em todas as macrorregiões, de 2018 a 2021 (Figura 1). Apesar de

poucos municípios de Minas Gerais não alcançarem o potencial de cadastro no 3º quadrimestre de 2021, a perda financeira para esses pode comprometer a assistência à saúde prestada. Com relação aos indicadores do Pagamento por Desempenho, em todas as macrorregiões de saúde houve uma melhoria nos três indicadores de pré-natal. Contudo, no último quadrimestre de 2021, apenas 228 municípios (26,7%) haviam cumprido a meta estabelecida para o indicador de cobertura de consultas de pré-natal (Figura 2), 267 municípios (31,3%) atingiram a meta de cobertura de exames e 278 (32,6%) alcançaram a meta de cobertura de consultas odontológicas. A melhoria na cobertura de exame citopatológico (Figura 3) ocorreu de forma mais lenta do que a verificada para os indicadores de cuidado das gestantes, com apenas 31 municípios (3,6%) cumprindo a meta em 2021. Resultados semelhantes foram encontrados para o indicador de cuidado à hipertensão, com somente 28 municípios (3,3%) atingindo a meta em 2021. Para o indicador de cuidado da diabetes, o percentual de municípios alcançando a meta estabelecida também foi muito baixo em todo o período analisado (Figura 5), chegando a 141 municípios (16,5%) em 2021. Dessa forma, o pagamento conforme o desempenho pode trazer um impacto financeiro negativo para os municípios. Referente ao Incentivo para Ações Estratégicas, as equipes, ações e programas custeadas pelo PAB Variável e que permaneceram no Programa Previne Brasil foram: Programa Academia da Saúde, equipe Consultório de Rua, equipe de Saúde Bucal, Agentes Comunitários de Saúde, Unidade Odontológica Móvel, equipe de Atenção Básica Prisional, custeio de adolescentes em atendimento socioeducativo, microscopista, Unidade Básica de Saúde Fluvial, equipe de Saúde da Família Ribeirinha e Programa Saúde na Hora. As ações e programas custeadas pelo Programa Previne Brasil e que não constavam em relatórios de financiamento pelo PAB Variável foram: Centro de Especialidades Odontológicas, Laboratório Regional de Prótese Dentária, Programa Saúde na Escola, Programa de Apoio à Informatização da APS e Incentivo aos municípios com residência médica e multiprofissional. E as equipes custeadas pelo PAB Variável e que deixaram de ser financiadas com pelo Programa Previne Brasil são: eSF, eAP e Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Assim, com a ausência de um financiamento federal específico para essas equipes, aumenta-se o gasto dos municípios para sua manutenção. Apesar da suspensão de financiamento destinado às eSF e eAP, os componentes de Capitação Ponderada e Pagamento por Desempenho contemplam essas equipes indiretamente, o que não ocorre com as equipes NASF-AB, podendo impactar em sua redução. O Programa Previne Brasil ainda está em fase de implantação pelo Ministério da Saúde e vem apresentando várias mudanças desde a sua instituição. Trata-se do primeiro estudo que faz a caracterização dos resultados dos três componentes do Programa Previne Brasil, desagregando a análise por macrorregiões de saúde de Minas Gerais, podendo subsidiar novas pesquisas acerca da mudança do modelo de financiamento da APS.

PALAVRAS-CHAVE: Financiamento da Atenção Primária à Saúde; Programa Previne Brasil; Avaliação de políticas públicas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 13 nov. 2019a. Edição 220, Seção 1, p. 97. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>>. Acesso em 31 jul. 2020.

BRASIL. Portaria nº 3.925, de 13 de novembro de 1998. Aprova o Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde, constante do Anexo I desta portaria. **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 13 nov. 1998. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3925_13_11_1998_rep.html>. Acesso em: 04 out. 2020.

DE SETA, M.H.; OCKÉ-REIS, C.O.; RAMOS, A.L.P. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, supl. 2, p. 3781-3786, 2021.

HARZHEIM, E. “Previne Brasil”: bases da reforma da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1189-1196, 2020.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1181-1188, 2020.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Gestão Regional. **Ajuste do Plano Diretor de Regionalização de Saúde de Minas Gerais (PDR/MG)**. 1. ed. Belo Horizonte: SES-MG, 2020. Disponível em:

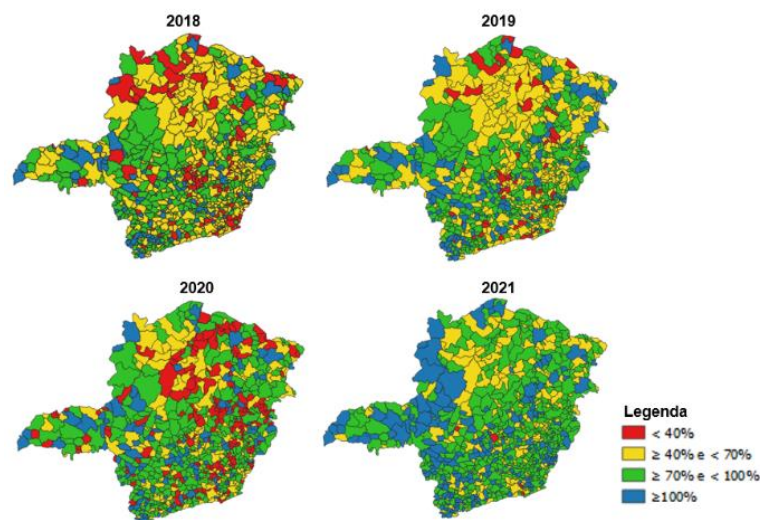
<https://saude.mg.gov.br/images/1_noticias/10_2020/2_out-nov-dez/28-10_PLANO-DIRETOR-DE-REGIONALIZACAO-DA-SAUDE-DE-MINAS-GERAIS_PDRMG.pdf>.

Acesso em: 26 fev. 2022.

MOROSINI, M.V.G.C.; FONSECA, A.F.; BAPTISTA, T.W Faria. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 9, p. 1-20, 2020.

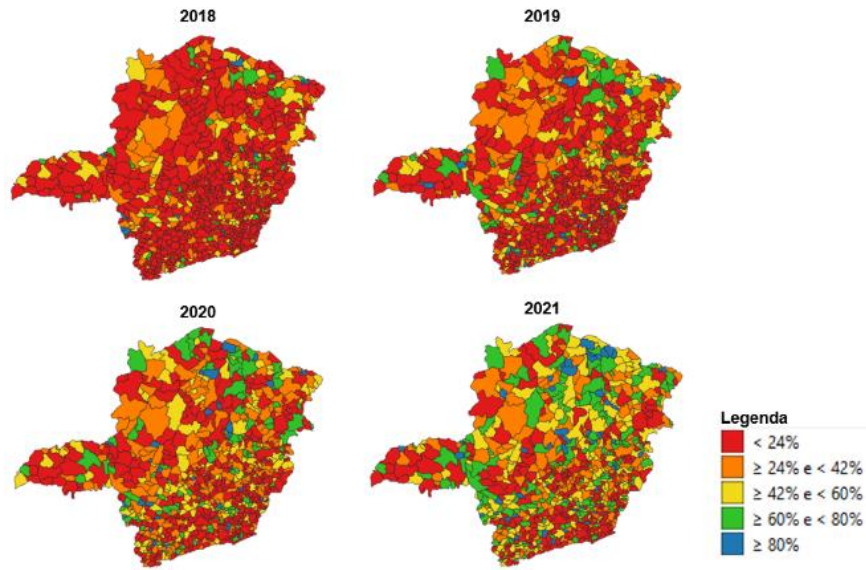
APÊNDICE

Figura 1 – Distribuição espacial dos municípios de Minas Gerais segundo faixas de cobertura da população cadastrada em 2018, 2019, 2020 e 2021



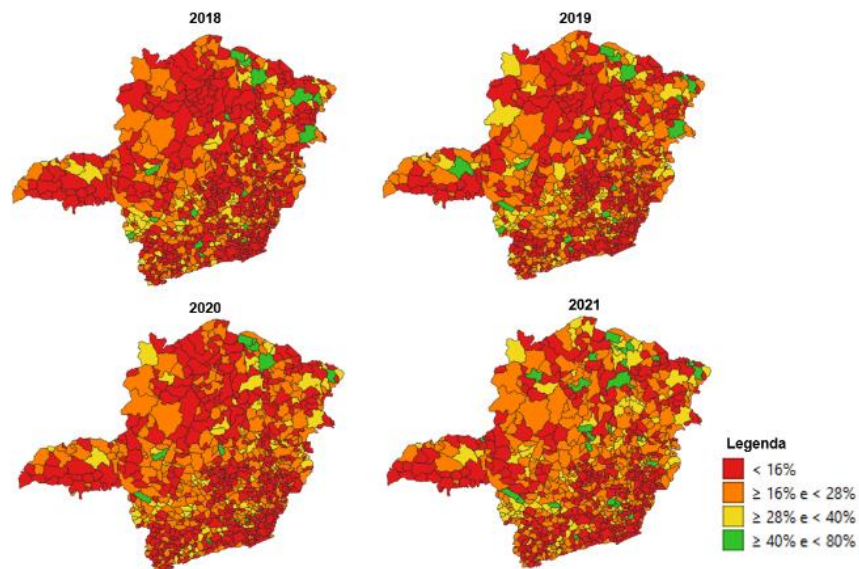
Fonte: elaborado pelos autores.

Figura 2 – Distribuição espacial dos municípios de Minas Gerais segundo faixas de resultado do indicador de proporção de gestantes com pelo menos seis consultas de pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 20ª semana de gestação, 2018-2021



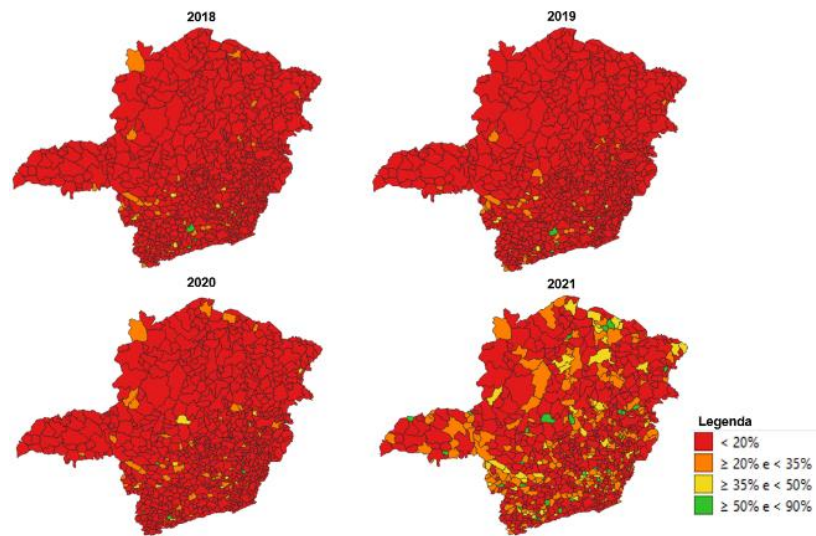
Fonte: elaborado pelos autores.

Figura 3 – Distribuição espacial dos municípios de Minas Gerais segundo faixas de resultado do indicador de cobertura de exame citopatológico, 2018-2021



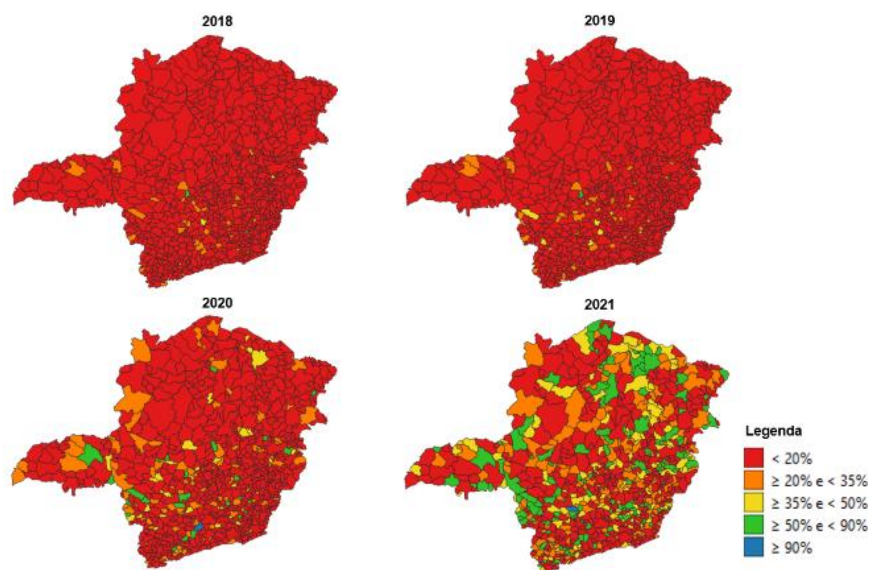
Fonte: elaborado pelos autores.

Figura 4 – Distribuição espacial dos municípios de Minas Gerais segundo faixas do indicador de percentual de pessoas com hipertensão que tiveram pressão arterial aferida em cada semestre, 2018-2021



Fonte: elaborado pelos autores.

Figura 5 – Distribuição espacial dos municípios de Minas Gerais segundo faixas de resultado do indicador de percentual de pessoas com diabetes com solicitação de hemoglobina glicada, 2018-2021



Fonte: elaborado pelos autores.

ANÁLISE DO IMPACTO DAS INTERNAÇÕES SENSÍVEIS AOS CUIDADOS PRIMÁRIOS RELACIONADAS ÀS DOENÇAS TROPICAIS NA REGIÃO METROPOLITANA DE BELO HORIZONTE

Larissa Leite Vieira de Oliveira; Especializanda em Gestão em Saúde; PUCRS
Priscila Faria de Oliveira; Enfermeira; Mestranda em Gestão de Serviços de Saúde – EE/UFMG
Gabriel Faria de Oliveira; Mestre em Engenharia; Transforma Saúde

INTRODUÇÃO : O consumo de recursos na área da saúde é muito elevado. Em comparação com a média mundial, o setor de saúde brasileiro recebe uma verba consideravelmente baixa, sendo que frequentemente o próprio paciente precisa dispendir de tal recurso para obter acesso à rede de assistência à saúde. No Brasil, por exemplo, os gastos com saúde alcançaram R\$ 608,3 bilhões em 2017, contabilizando um valor correspondente a cerca de 9,2% do Produto Interno Bruto (PIB) do país naquele ano (IBGE, 2019). O sistema de saúde passa por um grande desafio relacionado à gestão de custos e sustentabilidade, associados às diversas causas e dentre elas, despontam as questões demográficas, como o envelhecimento populacional, as doenças crônicas e a inclusão de novas tecnologias. Esses fatores impulsionam medidas para melhorar a gestão dos recursos em saúde, atrelados a uma melhor qualidade e segurança assistencial. Tendo em vista esse cenário é importante fazer uma análise crítica, das ações proporcionadas pelo sistema de saúde do Brasil, para elencar as principais oportunidades de melhorias, no contexto da saúde brasileira. Uma dessas opções é a detecção precoce e controle de doenças que evoluem para o nível complexo de assistência hospitalar, em decorrência de erros ou ações insuficientes promovidas na porta de entrada do paciente ao sistema de saúde - Atenção Básica. As ações voltadas para prevenção de doenças e promoção de saúde são relevantes, na tentativa de conter uma eventual sobrecarga dos níveis de alta complexidade, que demandam maiores orçamentos, podendo comprometer as políticas públicas de gestão. Neste contexto, é válido destacar que há uma série de doenças, classificadas pelo Ministério da Saúde, em 2008, como Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP). De modo geral, se essas condições forem bem manejadas ao nível básico de cuidado, uma cascata de intercorrências onerosas e prejudiciais poderia ser evitada. As doenças tropicais são assim chamadas, pela maior ocorrência em regiões próximas ao Equador, entre os trópicos de Câncer e Capricórnio. O desenvolvimento de tais condições se dá em razão de planejamentos precários das políticas de saúde locais e dos baixos orçamentos investidos no setor da saúde, característicos em países subdesenvolvidos. As doenças tropicais são responsáveis por uma grande parcela nas taxas de internações evitáveis. Este estudo visa detectar dentre as CSAP, quais as doenças tropicais mais prevalentes de 2008 a 2021 na região metropolitana de Belo Horizonte. O intuito do trabalho se dá em nortear os gestores de saúde na priorização de ações assertivas no que tange às doenças tropicais, reduzindo os gastos do setor, proporcionando melhores condições na qualidade de vida dos pacientes e menores impactos para todos os envolvidos. **OBJETIVO:** Descrever e analisar dados sobre as Internações Sensíveis à Atenção Primária, relacionadas às doenças tropicais na região metropolitana de Belo Horizonte no estado de Minas Gerais. **REFERENCIAL TEÓRICO:** No Brasil, foi desenvolvido um indicador de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) que avalia, a partir da lista de doenças listadas pelo Ministério da Saúde, qual a doença que predomina com maiores índices de internação, além de mostrar que por alguma razão a atenção básica não foi efetiva. Esse indicador aponta que se as políticas de controle, prevenção e promoção de saúde fossem realizadas de maneira adequada na atenção básica, os índices de internação por essas causas não seriam tão altos, como explica Moura *et al.* (2010). A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2010), listou oito doenças tropicais, que se proliferam em ambientes quentes e úmidos, tais como: malária, leishmanioses, doença de Chagas, doença do Sono, esquistossomose, oncocercíase, filaríases linfáticas e dengue. Em relação às internações, o estudo de Bastos *et al.* (2017) cita pesquisas que mostraram uma redução do número de internações em locais de alta cobertura dos programas da Atenção Primária, como Estratégia de Saúde da Família (ESF). Pereira *et al.* (2014) menciona que quando a Atenção Primária não é resolutive, há

uma sobrecarga do sistema de saúde que gera despesas altas e desfechos inesperados, em decorrência do aumento da demanda pela internação – (ICSAP) “É usado na atualidade como representativo de problemas de saúde para os quais a ação da Atenção Básica diminuiria o risco de internações.” A partir disso, inferem que se a atenção primária atuasse de forma efetiva, não chegaria ao nível terciário da escala, o que evitaria o desequilíbrio do sistema. Alfradique *et al.* (2009) diz que as altas taxas de ICSAP mostram que a porta de acesso ao sistema de saúde não está em pleno funcionamento, o que pode indicar graves problemas e má qualidade de assistência. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo ecológico em uma coorte retrospectiva, com coleta de dados realizadas por analistas de dados assistenciais em saúde, sendo eles enfermeiros e médicos auditores, através de leitura de prontuários dos pacientes hospitalizados, supervisionados por médicos e enfermeiros que possuem no seu processo a fase de avaliação e correção das inconsistências. Os dados foram retirados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Para essa análise, foram consideradas as oito doenças tropicais definidas pela OMS, sendo elas: malária, leishmanioses, doença de Chagas, doença do Sono, esquistossomose, oncocercíase, filaríases linfáticas e dengue contidas no Capítulo I da CID 10, denominado Algumas doenças infecciosas e parasitárias, nos grupos de CIDs: A00-B99. A coleta de dados foi delimitada à população da região metropolitana de Belo Horizonte, que é composta pelos municípios descritos por (IPEA, 2010). **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A partir da análise dos dados das doenças tropicais dos grupos de CIDs: A00-B99, observou-se para o período em estudo – 2008 a 2021 um total de 17308 casos de internações causadas por doenças tropicais. Dentre o total descrito, a maior quantidade se refere aos grupos da CID 10 relacionados a Dengue, sendo eles A90 - Dengue [dengue clássico] e A91 - Febre hemorrágica devida ao vírus da dengue, representando um total de 14300 internações (82,62% do total), seguido de 2213 internações de Leishmaniose (12,79% do total) – conforme Gráfico 1. Pode-se notar também que nos anos de 2016 e 2019 houve um aumento expressivo na quantidade de internação por doenças tropicais na região metropolitana de Belo Horizonte, aumento decorrente principalmente pelos casos de dengue – Gráfico 4. Além disso, nos anos de 2012, 2014, 2017, 2018 e 2021 é evidenciada uma redução significativa na quantidade de internações – Gráfico 2. A partir do Gráfico 3, pode-se notar que os casos de internação causados por dengue foram os mais expressivos em relação ao total de internações ao longo do período de análise – chegando a 91,95% em 2013, 96,11% em 2016 e 94,76% em 2019. Pelo gráfico 4, nota-se que a menor quantidade de internação por casos de dengue ocorreu no ano de 2021, representando 24,52% do total de internações por doenças tropicais. Já em 2016 e 2019, observa-se 3830 e 3817 casos de internação por dengue, o que corresponde a 96,11% e 94,76% do total de internações por doenças tropicais, respectivamente. Tendo em vista os dados apresentados, percebe-se a prevalência dos casos de dengue em relação às demais doenças tropicais analisadas. **CONCLUSÕES:** O presente estudo reflete uma deficiência no cenário de saúde brasileira: a insuficiência das ações direcionadas às políticas de prevenção de doenças. Sabe-se que o vetor de transmissão da dengue é o mosquito *Aedes aegypti* e que a forma de prevenção é de baixíssimo custo, através de medidas direta ou indiretamente relacionadas com o combate ao mosquito. Ressalta-se ainda que permitir a evolução de doenças tropicais sensíveis à atenção primária aos níveis mais complexos de assistência hospitalar, refletem um mau gerenciamento e insuficiência no que diz respeito às políticas públicas de caráter preventivo - o que contribui para a sobrecarga do sistema e para a geração de altos custos em saúde. Para estudos futuros vê-se a necessidade de determinar a taxa de prevalência das doenças tropicais em relação às CSAP, a relação de economia de custos e possíveis investimentos para mitigar cada vez mais essa taxa de ocorrência.

PALAVRAS-CHAVE: Internações evitáveis, Condições sensíveis atenção primária, Doenças tropicais, Doenças infecciosas.

REFERÊNCIAS

ALFRADIQUE, Maria Elmira et al. Ambulatory care sensitive hospitalizations: elaboration of Brazilian list as a tool for measuring health system performance (Project ICSAP-Brazil). **Cadernos de saúde pública**, v. 25, n. 6, p. 1337-1349, 2009. Acesso em 14 de setembro, 2022.

<https://scielosp.org/article/rpsp/2011.v29n2/84-95/>. Acesso em 13 de janeiro, 2022.

BASTOS, Mayara Lisboa et al. The impact of the Brazilian family health on selected primary care sensitive conditions: A systematic review. **PloS one**, v. 12, n. 8, p. e0182336, 2017. Acesso em 14 de setembro, 2022.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Produto Interno Bruto - PIB. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Acesso em 14 de setembro, 2022.

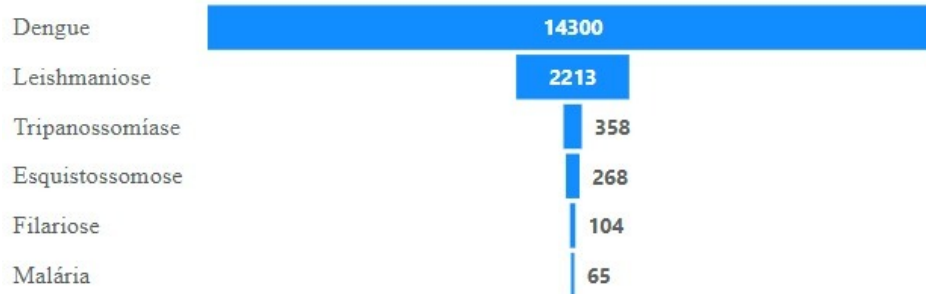
MOURA, Bárbara Laisa Alves et al. Principais causas de internação por condições sensíveis à atenção primária no Brasil: uma análise por faixa etária e região. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 10, p. s83-s91, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. Relatório Mundial da Saúde - Financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal. Genebra, 2010. Disponível em: <https://www.who.int/eportuguese/publications/WHR2010.pdf>

PEREIRA, Francilene Jane Rodrigues et al. Condições sensíveis à Atenção Primária: uma revisão descritiva dos resultados da produção acadêmica brasileira. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 331-342, 2014.

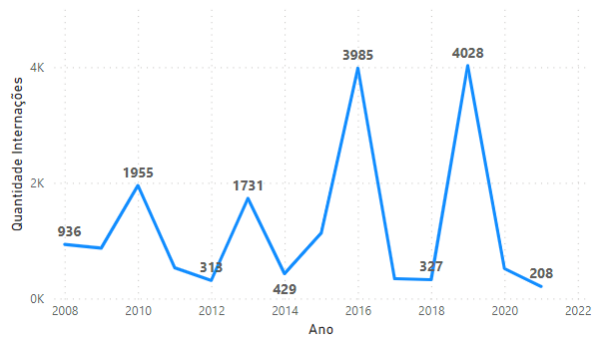
APÊNDICE

Gráfico 1 - Quantidade de Internações por tipo de Doenças Tropicais na Região Metropolitana de Belo Horizonte (2008 a 2019)



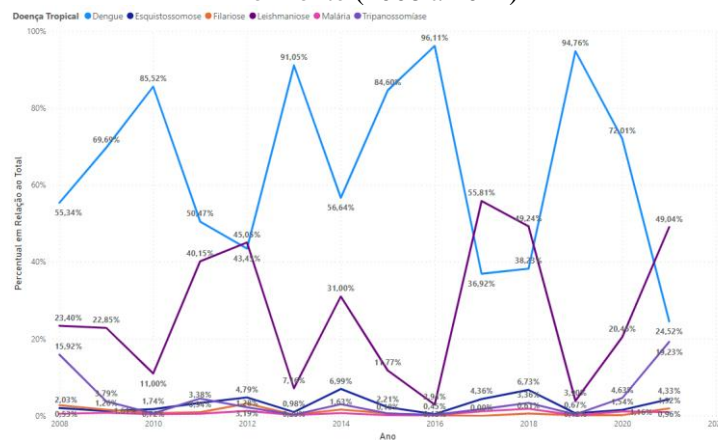
Fonte: Elaborado pelos autores (DATASUS)

Gráfico 2 - Quantidade de Internação por Doenças Tropicais na Região Metropolitana de Belo Horizonte (2008 a 2021)



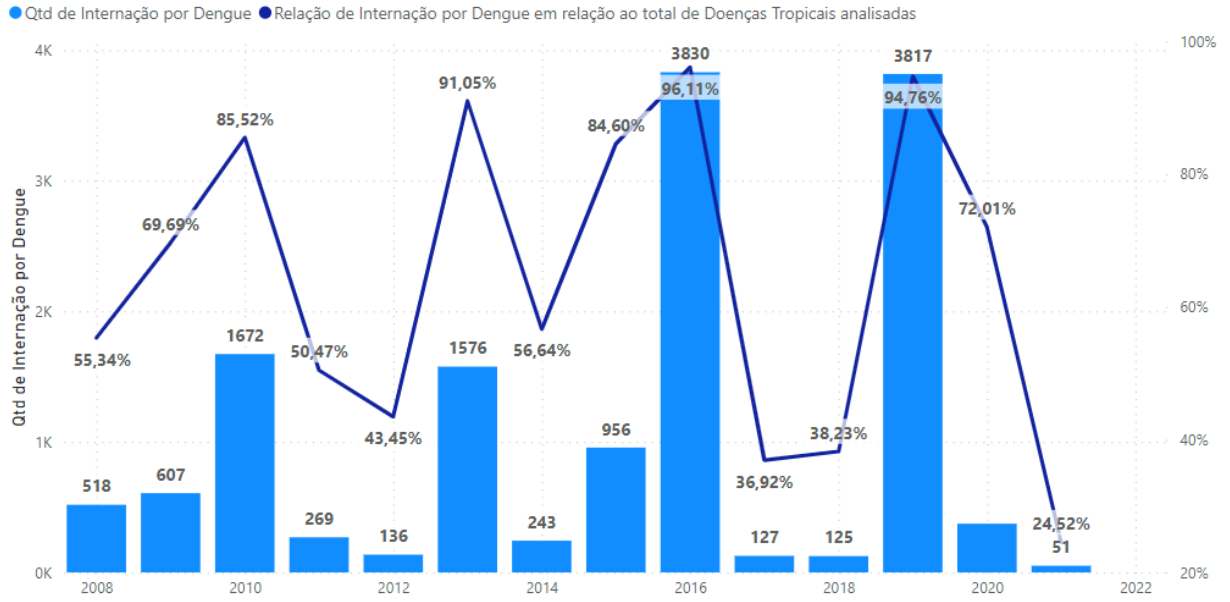
Fonte: Elaborado pelos autores (DATASUS)

Gráfico 3 - Quantidade de Internação por Doenças Tropicais na Região Metropolitana de Belo Horizonte (2008 a 2021)



Fonte: Elaborado pelos autores (DATASUS)

Gráfico 4 - Quantidade de Internação por Dengue na Região Metropolitana de Belo Horizonte (2008 a 2021)



Fonte: Elaborado pelos autores (DATASUS)

ANÁLISE DO PROJETO DE LEI N° 2033/2022, E POSSÍVEIS REFLEXOS PARA AS OPERADORAS DE SAÚDE

Sara Faria de Oliveira Cairo; Advogada especialista em Direito Tributário; Transforma Saúde
Priscila Faria de Oliveira, Enfermeira, Mestranda em Gestão em Saúde, UFMG
Danielle Perdigão Oliveira e Ribeiro, Enfermeira, Doutora em Ciências da Saúde,
FacUnicamps
Larissa Leite Oliveira, Médica, Especializanda em Gestão em Saúde, PUCRS⁴

INTRODUÇÃO: No dia 29 de agosto de 2022, foi aprovado no Senado, sem nenhuma alteração no texto enviado pela Câmara, projeto de Lei 2.033/2022, que altera a Lei 9.656, de 1998, que trata da lista de procedimentos e eventos estabelecido pela Agência Nacional de Saúde (ANS), com cobertura mínima obrigatória pelas operadoras de saúde, nos termos da indicação da Organização Mundial de Saúde (OMS) (BRASIL, 2016). O tema foi tratado recentemente na esfera judicial, pelo Superior Tribunal de Justiça, no âmbito do EREsp nº 1886929 / SP e EREsp nº 1889704 / SP, que estabeleceu a taxatividade, em regra, sob o fundamento de que o rol estrito da ANS é fundamental para o funcionamento adequado do sistema de saúde suplementar, pois garante proteção, inclusive aos beneficiários, que, eventualmente, poderiam ser prejudicados caso os planos tivessem que arcar de forma indiscriminada com ordens judiciais para o pagamento de procedimentos fora da lista preestabelecida (STJ RECURSO ESPECIAL, 2022). Atendendo aos apelos da sociedade e no exercício da função Legislativa o Congresso Nacional passou a discutir projeto de Lei que sedimentasse o rol como exemplificativo. O texto já aprovado pelas duas Casas Legislativas, aguarda sanção ou veto presidencial (BRASIL, 2022), o que não encerra a discussão pois o tema ainda pode ser debatido pelo Supremo Tribunal Federal, que estabelece um ambiente de incertezas aos consumidores de planos de saúde e também para as Operadoras de Saúde, pelo risco na sustentabilidade do negócio, haja vista a falta de previsibilidade dos eventos passíveis de sinistro, aliado à insegurança jurídica para o momento (BRASIL, 2016). **OBJETIVO:** Antecipar os possíveis reflexos para as operadoras de saúde do chamado rol exemplificativo da lista de procedimentos elencados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) na Lei 9.656, de 1998, modificado pelo projeto de Lei 2.033/2022, que entende pela não taxatividade do rol. **REFERENCIAL TEÓRICO:** Segundo dados oficiais da Agência Nacional de Saúde Suplementar- ANS, o Brasil em julho do corrente ano, contava com 49.789.947 de beneficiários de planos de saúde, número que representa um desafio às operadoras de saúde, sobretudo na taxa de sinistralidade, que corresponde à relação entre os custos e as receitas de uma seguradora, demonstrando a viabilidade do negócio. A lista ou rol taxativo da ANS corresponde aos eventos ou medicação de cobertura mínima obrigatória das seguradoras, o que não impede uma cobertura maior, a depender do contrato estabelecido entre os beneficiários e operadoras (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2021). A cultura da judicialização foi implementada no ecossistema de saúde, pois tornou-se comum buscar a tutela judicial, sobretudo em caráter de antecipação da tutela, quando a operadora se nega a ofertar cobertura além das já estabelecidas pelo rol da ANS. É cediço que o direito à saúde e a vida é um bem de preceito fundamental, tutelado pela Constituição Federal, se tornando um desafio para a Justiça frente a ausência de entendimento pacificado sobre a taxatividade do rol, sobretudo antes da já corrigida diferença de interpretação entre as turmas do STJ, que ao final entendeu pela taxatividade do rol (BRASIL, 2022). O congresso Nacional no exercício de sua função Legislativa, com vistas a atender os apelos da parcela da sociedade usuária de planos de saúde, votou e aprovou projeto de lei que entende pelo rol exemplificativo, o que pode sedimentar a busca indiscriminada por procedimentos ou medicamentos fora do rol taxativo normatizado

pela ANS na resolução 465 de 2021, que atualizou o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde que estabelece a cobertura assistencial obrigatória a ser garantida nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e naqueles adaptados conforme previsto no artigo 35 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, que obedece a previsão da RN 470/2021, da ANS. **MÉTODO:** Pesquisa qualitativa, exploratória e bibliográfica, visto que proporciona maior familiaridade com um problema e traz dados e interpretações sobre as legislações, normas e orientações sobre a temática (BRASIL, 2022). **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** No projeto de Lei 2.033/2022, que altera a Lei 9.656, de 1998, ficou estabelecido que em casos de tratamentos ou procedimentos prescritos por médico ou odontólogo que não estejam previstos no rol da ANS, a cobertura deverá ser autorizada pela planos de assistência à saúde, desde que: I - exista comprovação da eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico; ou II - existam recomendações pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), ou exista recomendação de, no mínimo, 1 (um) órgão de avaliação de tecnologias em saúde que tenha renome internacional, desde que sejam aprovadas também para seus nacionais.”(NR). Se o projeto legislativo, que altera a Lei nº 9.656/98, for sancionado pelo Presidente da República sem vetos, passa a vigorar no Brasil a tese que estabelece o rol de procedimentos meramente exemplificativo, podendo resultar em prejuízos para as operadoras de saúde, pois se a necessidade do beneficiário fizer subsunção aos requisitos preconizados pela alteração legislativa, abre-se a oportunidade de judicialização, dada a presunção de direitos ante vários procedimentos não abarcados pelo rol da ANS, podendo vir a ser legitimados por meio de ações junto aos Tribunais. A previsibilidade, que era uma garantia do rol taxativo, que permite as operadoras a aferição dos seus custos e resultados, fica reduzida, pois a procura por tratamentos não abarcados pode trazer um impacto negativo nas contas de algumas operadoras, colocando em risco a viabilidade do negócio. Em tese, ainda existe a possibilidade de questionamento da alteração legislativa, em sede de controle de constitucionalidade, perante ao Supremo Tribunal Federal, desde que seja suscitada alguma questão constitucional, o que sedimenta a insegurança jurídica para as operadoras de saúde. **CONCLUSÃO:** A saúde é um direito fundamental de todo o cidadão, que deve ser garantida pelo Estado no atendimento público. No caso da saúde suplementar, o respeito e a obediência aos contratos fica mitigado por essa questão de preceito fundamental, que é o direito à saúde. A sustentabilidade dos negócios em saúde suplementar deve ser bem observada, tanto pelos órgãos legislativos, como também pelo judiciário, já que a questão vem sendo debatida pelos dois poderes da República, pois a taxatividade do rol pela ANS, garante um funcionamento adequado do ecossistema de saúde suplementar, com a soberania dos contratos, assegurando aos beneficiários cobertura, minimizando o risco dos prejuízos que podem ser gerados pela cobertura indiscriminada de procedimentos não listados no rol da ANS.

PALAVRAS-CHAVE: Rol exemplificativo, Sustentabilidade, Operadoras de saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituição/Constituição.htm. Acesso em: 10 jan. 2022.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 2033, de 04 de agosto de 2022. Altera artigos da Lei nº 9.656/98 que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde, para estabelecer hipóteses de cobertura de exames ou tratamentos de saúde que não estão incluídos

no rol de procedimentos e eventos em saúde complementar. Brasília: Senado Federal, 2022. <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/154313>. Acesso em: 10 set. 2022.

BRASIL. [Constituição (1988) Art 102, I 1/cf]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 10 jan. 2022.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução nº 465**, de 24 de fevereiro de 2021.. Disponível em:< <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2022.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Dados Gerais. Disponível em:< <https://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>. Acesso em: 10 set. 2022.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução nº 470**, de 9 de julho de 2021. Disponível em:< <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDA2Mw==>>. Acesso em: 10 set. 2022.

STJ. RECURSO ESPECIAL: EREsp nº N° 1886929 - SP. Relator: Ministro Luis Felipe Salomão. DJ: 08/06/2022. Migalhas, 2022. Disponível em: <[https:// chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.migalhas.com.br/arquivos/2022/6/002FB5A8758EB9_votocuevarolans.pdf](https://chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.migalhas.com.br/arquivos/2022/6/002FB5A8758EB9_votocuevarolans.pdf)>.

ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA FRÁGIL: ANÁLISE DO PERFIL DE USUÁRIOS ATENDIDOS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA EM ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO DE BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS.

Mariane Coimbra da Silva, Mestra em Gestão de Serviços de Saúde, UFMG
Karla Cristina Giacomini, Doutora em Ciências da Saúde, Pesquisadora NESPE, FIOCRUZ e
Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte;
Mirela Castro Santos Camargos, Doutora em Demografia, Professora UFMG

RESUMO

O envelhecimento populacional, processo que ocorre de maneiras diversificadas em função das desigualdades socioeconômicas e singularidades de cada lugar, é um desafio coletivo que traz implicações para o setor público, empresas, organizações sociais e indivíduos. No Brasil, o fenômeno do envelhecimento tem sido acelerado e intenso. Simultaneamente à transição demográfica, o país vive mudanças no perfil epidemiológico da população com aumento da carga de doenças crônicas e incapacidades funcionais que repercutem nas demandas por atenção à saúde (LIMA-COSTA *et al.* 2017). Cerca de 30% dos idosos brasileiros apresentam dificuldades para realizar uma ou mais atividades de vida diária; sendo que, deste total, 80% necessitam de ajuda para realizar pelo menos uma dessas atividades (BRASIL, 2017). Tendo em vista que o conhecimento aprofundado da população usuária de um sistema de saúde é fundamental para a organização de uma gestão centrada nas necessidades dos usuários, o presente estudo teve como objetivo identificar o perfil de usuários atendidos em um Centro de Referência em Atenção à Saúde do Idoso no município de Belo Horizonte, Minas Gerais. Em 2008, a Secretaria de Estado de Saúde do Governo de Minas Gerais instituiu a Rede Integral de Atenção à Saúde do Idoso do Estado de Minas Gerais, tendo como eixo orientador o Programa Mais Vida (Resolução nº 1.583, de 19 de setembro de 2008). Esse programa tem como objetivo melhorar a assistência às pessoas idosas por meio de ações que incluem a descentralização da assistência, a organização da rede e a capacitação dos profissionais para a atenção à Saúde do Idoso. Um dos pontos de atenção dessa rede é o Centro de Referência de Atenção Secundária Especializada, denominado Centro Mais Vida (CMV), que oferta atendimento especializado - avaliação multidimensional e realização de exames - para idosos frágeis ou em risco de fragilização. Conforme a Linha Guia “Atenção à Saúde do Idoso/SES-MG”, assume-se como idoso frágil aquele com 80 (oitenta) anos de idade ou mais ou aquele com 60 (sessenta) anos ou mais que apresente no mínimo uma das características abaixo: a) polipatologias (5 – cinco – diagnósticos ou mais); b) polifarmácia (5 – cinco – medicamentos ou mais ao dia); c) imobilidade parcial ou total; d) incontinência urinária ou fecal; e) instabilidade postural (quedas de repetição); f) incapacidade cognitiva (declínio cognitivo, síndrome demencial, depressão, delirium); g) história de internações frequentes e/ou pós alta hospitalar; h) dependência nas atividades de vida diária (MG, 2008). Para reconhecer os diversos estratos clínico-funcionais na população idosa, o serviço do CMV de Belo Horizonte desenvolveu uma classificação própria para facilitar o reconhecimento do idoso de risco, chamado Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional (IVCF-20), uma ferramenta de caráter multidimensional. A pontuação varia entre 0 a 40 pontos e permite a categorização em três grupos, segundo a vulnerabilidade clínico-funcional. Indivíduos com pontuação entre 0 e 6 são considerados de baixo risco de vulnerabilidade clínico-funcional, devendo ser encaminhados para acompanhamento de rotina. Aqueles que obtêm entre 7 e 14 pontos são classificados como de média vulnerabilidade e o tipo de encaminhamento não está bem estabelecido, enquanto idosos que pontuem entre 15 e 40 necessitam de acompanhamento especializado. Os grupos de média e alta vulnerabilidade

devem ser submetidos à avaliação multidimensional intermediária ou avançada. Para esse estudo foi realizada uma pesquisa quantitativa, transversal, exploratória e descritiva na qual foram investigadas as 6.895 consultas agendadas no Centro Mais Vida de Belo Horizonte, entre janeiro e dezembro de 2017. Uma amostra aleatória representativa de 289 planos de cuidados personalizados foi analisada. Os resultados apontaram que a média de idade encontrada foi de 76,4 anos (variação de 60 a 97 anos), predominando o sexo feminino (72%) e baixa escolaridade (1 a 4 anos). Esses dados concordam com o Manual de Diretrizes para o Cuidado da Pessoa Idosa no SUS (BRASIL, 2014), segundo o qual a transição demográfica brasileira caracteriza-se por uma feminização da velhice: a expectativa de vida média da população é maior para as mulheres (77,7 anos) do que para os homens (70,6 para o homem) e elas correspondem à maioria dentre a população idosa (55,7% entre 60 e 79 anos e 61% na faixa acima de 80 anos) (Brasil, 2014). A prevalência de comprometimento funcional identificada foi de 16% para atividades de vida diária, prevalência semelhante à percebida para o conjunto da população idosa brasileira e em outros grupos populacionais como europeus e norte-americanos (GIACOMIN *et al.*, 2008), e 61% para atividades instrumentais de vida diária. Quanto aos usuários com Humor e/ou Comportamento comprometido, 51% preenchem critérios para depressão maior; 21% depressão subsindrômica ou distímia; 13% sintomas comportamentais e psicológicos associados à demência; 12% apresentavam comprometimento sem diagnóstico definido, mas com prejuízos funcionais e 3% Transtorno Afetivo Bipolar. Observou-se também que dentre os idosos com comprometimento cognitivo, 79% apresentavam alguma alteração de humor e/ou comportamento. Os sinais comportamentais e psicológicos da demência têm relação com evolução clínica mais desfavorável da doença, aumento de sobrecarga dos familiares e cuidadores e maior incidência de institucionalização, entre outros fatores (CARAMELLI e BOTTINO, 2007). Um dos fatores de risco mais relevantes para redução da capacidade funcional em indivíduos idosos é a ocorrência de quedas. As causas que provocam as quedas são múltiplas e podem ser agrupadas em fatores intrínsecos e extrínsecos: dentre os primeiros, encontram-se as alterações fisiológicas pelas quais o idoso passa, condições patológicas e efeitos adversos de medicações. Dentre os segundos estão as questões ambientais e comportamentais. Na presente pesquisa, foi observada uma prevalência de 67% de comprometimento na mobilidade, o que representa um risco elevado para quedas (GASPAROTO *et al.* 2014). Observaram-se divergências entre a vulnerabilidade clínico-funcional medida (pontuação do IVC-20) e o grau de prioridade no encaminhamento para o acompanhamento na atenção primária ou secundária. Na amostra estudada, 45% dos participantes do estudo obtiveram pontuação de 15 ou mais no IVCF-20, o que indicaria alto risco de fragilidade e alta prioridade para acompanhamento geriátrico segundo os critérios do instrumento. No entanto, apenas 26% dos usuários que obtiveram essa pontuação foram indicados como pacientes de alta prioridade para acompanhamento na atenção especializada (Geriatrics de Referência). Dentre os usuários encaminhados para acompanhamento na APS, 31% obtiveram a pontuação de 15 ou mais, que o IVCF-20 identifica como pessoa com alta vulnerabilidade clínico-funcional. Isso sugere que essa população de idosos frágeis ou em risco de fragilização deverá ser assistida pelas equipes de saúde da família. Medeiros *et al.* (2017) afirmam que a atenção ao idoso no contexto da APS, de forma geral, ainda é baseada em uma percepção fragmentada e por um viés predominantemente biomédico que dificulta a integralidade do cuidado (2017). De acordo com Fonseca & Bittar (2016), o atendimento ao idoso requer competências e conhecimentos que muitas vezes não foram desenvolvidos ao longo da formação acadêmica, o que torna comum o relato de dificuldades por parte dos profissionais no manejo com essa população. Além disso, dentre as principais limitações na assistência ao idoso, as autoras destacam: a falta de apoio dos familiares no acompanhamento dos pacientes, a resistência dos idosos para aderir aos tratamentos, a dificuldade de comunicação com o idoso (passar orientações, compreender o que o usuário está falando) e

certas limitações fisiológicas como a perda de memória. Como facilitadores foram apontados o acompanhamento domiciliar, a presença de acompanhantes nas consultas e a troca de saberes tanto com outros profissionais quanto com os próprios idosos. A principal limitação deste trabalho foi o levantamento parcial das dimensões presentes na Avaliação Multidimensional do Idoso. Devido às dificuldades de coleta de dados, não foram analisadas informações importantes como saúde bucal, nutrição, suporte familiar, internações prévias, polipatologias e polifarmácia, o que limita as possibilidades de análise e correlação de variáveis. Ainda assim, a pesquisa traz dados relevantes sobre a assistência à população idosa em Belo Horizonte, que revelam divergências entre o grau de fragilidade medido no CMV e o encaminhamento para acompanhamento da população assistida. O declínio funcional da pessoa idosa é previsível, evitável e pode ser adiado por meio da prevenção, promoção e reabilitação da saúde. Nesse sentido, a assistência às pessoas idosas deve abarcar não apenas intervenções curativistas, mas ações de cuidado integral realizadas por equipes multidisciplinares e intersetoriais. Os Planos de Cuidados Personalizados são instrumentos importantes que podem auxiliar no processo de gestão e organização da assistência, permitindo a identificação e classificação de riscos e a elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares. Porém, eles não garantem por si a qualidade da assistência prestada. Para que isso ocorra, são necessárias estratégias de qualificação dos profissionais da rede de atenção à saúde, tais como: capacitações, apoio matricial para discussão e condução dos casos, organização de agenda protegida para acompanhamento longitudinal dos idosos frágeis, sistematização dos processos de monitoramento dos usuários, entre outras. Também é relevante que as ações considerem não apenas os próprios pacientes, como também seus cuidadores e familiares.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde do idoso; Serviços de Saúde para Idosos; Idoso Fragilizado

REFERÊNCIAS

- BRASIL, 2014. Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS
- BRASIL, 2017. Ministério da Saúde. Linha de cuidados da Pessoa Idosa
- CARAMELLI, P e BOTTINO, C. M. C. Tratando os sintomas comportamentais e psicológicos da demência (SCPD). J. bras. psiquiatr., Rio de Janeiro, v. 56, n. 2, p. 83-87, 2007.
- GASPAROTTO, L.P.R et al. As quedas no cenário da velhice: conceitos básicos e atualidades da pesquisa em saúde. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 17, n. 1, p. 201-209, 2014.
- GIACOMIN, KC et al. Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. 2008.
- LIMA-COSTA, M.F et al. Cuidado informal e remunerado aos idosos no Brasil (Pesquisa Nacional de Saúde, 2013). Revista de Saúde Pública, v. 51, 2017.
- MEDEIROS, K.K.A.S et al. O desafio da integralidade no cuidado ao idoso, no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Saúde em Debate, v. 41, p. 288-295, 2017.
- MINAS GERAIS. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. Resolução SES n. 1583 de 19 de setembro de 2008. Institui e estabelece as normas gerais do Programa Mais Vida-Rede de atenção à saúde do idoso de Minas Gerais, e dá outras providências. 2008.

APÊNDICES

Tabela 01 – Perfil sociodemográfico dos usuários atendidos no Centro Mais Vida, Belo Horizonte – MG (janeiro a dezembro, 2017)

Característica sociodemográfica	N (%)
Sexo	
Masculino	82 (28)
Feminino	207 (72)
Faixa etária (anos)	
60 – 69	62 (21)
70 – 79	124 (43)
80 e mais	103 (36)
Escolaridade (anos completos)	
Nenhuma	61 (21)
1 – 4	168 (58)
5 – 8	20 (7)
9 – 11	16 (5,5)
12 e mais	8 (3)
Não informada	16 (5,5)
Diretoria Regional de Saúde de origem	
Barreiro	39 (13)
Centro-Sul	8 (3)
Leste	23 (8)
Nordeste	49 (17)
Noroeste	35 (12)
Norte	34 (12)
Oeste	37 (13)
Pampulha	25 (9)
Venda Nova	39 (13)
Total	289 (100)

Fonte: SISREDE (2017).

Tabela 02 – Avaliação clínico-funcional dos usuários atendidos no Centro Mais Vida, Belo Horizonte –MG, de janeiro a dezembro de 2017

Dimensão avaliada	Preservada N (%)	Comprometida N (%)	Total N (%)
Atividades de Vida Diária	244 (84)	45 (16)	289 (100)
Atividades Instrumentais de Vida Diária	114 (39)	175 (61)	289 (100)
Cognição	149 (52)	140 (48)	289 (100)
Humor/Comportamento	95 (33)	194 (67)	289 (100)
Mobilidade	95 (33)	194 (67)	289 (100)
Continência urinária e-ou fecal	196 (68)	93 (32)	289 (100)

Comunicação 143 (49) 146 (51) 289 (100)

Fonte: SMSA (2017).

Tabela 03 - Encaminhamentos para reabilitação.

Dimensão avaliada	Comprometimento identificado N(%)	Encaminhamento para reabilitação N (%)
Atividades de Vida Diária	45 (16)	30 (67)
Atividades Instrumentais de Vida Diária	175 (61)	100 (57)
Cognição	140 (48)	80 (57)
Humor/Comportamento	194 (67)	119 (61)
Mobilidade	194 (67)	115 (59)
Continência urinária e/ou fecal	93 (32)	52 (56)
Comunicação	146 (51)	82 (56)

Fonte: SMSA (2017)

BREVES REFLEXÕES SOBRE A PARCERIA PÚBLICO-PRIVADA NO HOSPITAL METROPOLITANO DR. CÉLIO DE CASTRO

Danilo Borges Matias; Médico e Mestre em Gestão de Serviços de Saúde; Hospital Metropolitano Dr. Célio de Castro.

Miriam Campanha; Administradora Hospitalar e Especialista em Gestão Financeira e Hospitalar; Hospital Metropolitano Dr. Célio de Castro.

Stephanie Marques Moura Franco Belga; Gestora de Serviços de Saúde e Doutoranda em Saúde Pública; Hospital Metropolitano Dr. Célio de Castro.

Juliana Pantuza Vilar Ribeiro; Terapeuta Ocupacional, Mestre em Ciência da Reabilitação; Hospital Metropolitano Dr. Célio de Castro.

Introdução: O Hospital Metropolitano Doutor Célio de Castro – HMDCC foi implantado em 2015 na região do Barreiro (BH), com a finalidade de prestar exclusivamente serviços públicos de saúde aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS. O HMDCC possui 460 leitos no total, sendo 80 leitos desses, destinados ao tratamento intensivo e o atendimento aos pacientes do Município de Belo Horizonte e região se dá de forma totalmente referenciada pela Secretaria Municipal de Saúde. Trata-se de uma entidade de direito privado, sem fins econômicos, de interesse coletivo e de utilidade pública, instituído sob a personalidade jurídica de Serviço Social Autônomo (Lei nº 10.754 de 19/09/2014 e Decreto Municipal nº 15.785 de 03/12/2014). O Serviço Social Autônomo - SSA foi especialmente constituído visando a operacionalização do Hospital cuja estrutura e a prestação de serviços não-assistenciais foram concebidos por meio de uma Parceria Público-Privada - PPP, em 26 de março de 2012, entre o município de Belo Horizonte categorizado como Poder Concedente e a Concessionária atualmente denominada ONM Health, pelo prazo de 20 anos. O repasse financeiro ao parceiro privado é feito através de contraprestações mensais, cuja parte variável é calculada de acordo com o índice de desempenho e com a taxa de ocupação apurados no período. Assim, as obrigações da Concessionária, previstas no Contrato de Concessão Administrativa, abrangem dentre outros, os serviços de apoio e infraestrutura (obra civil), o fornecimento de equipamentos e os serviços de manutenção, estacionamento, higienização, hotelaria, nutrição e dietética, segurança, serviços administrativos, mensageria e tecnologia da informação (hardware e software). **Referencial Teórico:** A razão principal para a contratação das PPPs é a busca por eficiência na gestão da administração pública. Nesse processo, se faz necessário a verificação qualitativa e quantitativa da conveniência e a oportunidade da sua realização. **Objetivo:** O objetivo deste trabalho é relatar em linhas gerais, algumas vantagens e desafios deste modelo de gestão, sob o ponto de vista da experiência acumulada pelo SSA HMDCC nos últimos anos. **Metodologia:** Para avaliar o desempenho dessas prestações de serviços são previstos em contrato 151 indicadores, que se dividem em Pesquisas de Satisfação, Indicadores de Qualidade Técnica, Indicadores de Disponibilidade e Indicadores de Conformidade, que avaliam a conformidade dos serviços de apoio em relação às exigências de normas, de qualidade, de legislação e alvarás de funcionamento dos diversos serviços, equipamentos, sistemas e outros existentes no hospital. Para que essa avaliação seja executada de forma imparcial, o poder concedente uma entidade isenta, denominada Verificador Independente, que avalia os 151 Indicadores e apura o desempenho da Concessionária de acordo com as diretrizes contratuais. O Verificador Independente atua dentro do hospital e acompanha a execução dos serviços do parceiro privado monitorando e avaliando os resultados e calculando mensalmente o valor de contraprestação a ser paga pelo Poder Concedente à Concessionária. **Resultados:** Após quase 7 anos de implantação e funcionamento do HMDCC observa-se que a parceria pública privada está agregando valor ao componente público no que se refere à celeridade no fornecimento dos serviços de apoio o que contribui para uma eficiência assistencial e uma excelência na prestação dos cuidados da saúde dos usuários do SUS. Dessa forma,

o foco e a atenção do SSA ficam voltados para os serviços assistenciais uma vez que os serviços de apoio são de responsabilidade do parceiro privado, que possui a garantia de um contrato de longo prazo, com os interesses e objetivos delimitados no contrato de concessão. Diante do exposto o modelo traz vantagens para todos os envolvidos com resultados muito positivos para o usuário final. No entanto, o contrato de concessão possui algumas lacunas que podem atrasar o andamento de determinado tema requerendo esclarecimento em instâncias superiores, o que pode acarretar prolongamento na solução de conflitos. Para superar estes desafios é necessário envolver os comitês de governança e/ou instâncias recursais previstas em contrato, porém o processo poderá gerar atrasos na solução das questões que surgem no cotidiano de um hospital de alta complexidade. Além disso, o contrato estabeleceu um número alto de indicadores para mensurar o desempenho do parceiro privado que nem sempre são sensíveis às especificidades técnicas. A fim de equacionar esse problema está em andamento junto à Secretaria Municipal de Saúde sugestões de rediscussão dos Indicadores e pesos visando adaptações no atual Sistema de Mensuração de Desempenho-SMD. Em síntese o modelo apresenta vantagens e desafios proporcionais ao tamanho do projeto, com predominância dos benefícios. Tal fato se deve ao comprometimento das equipes, bem como as soluções encontradas para minimizar as lacunas do contrato e a continuidade de uma fiscalização eficiente dos compromissos assumidos pelo parceiro privado. **Conclusões:** No SSA-HMDCC nota-se que a parceria pública privada é um formato positivo tanto para o Poder Concedente, quanto para a Concessionária. Para o SSA observa-se de uma forma geral, mais eficiência e fluidez, na execução dos serviços de apoio definidos no contrato. Já o parceiro privado possui a garantia legal de um contrato de longo prazo e a oportunidade de atuação, que poderão servir de modelo e exemplo para o país, fortalecendo assim, a marca da empresa. Além das vantagens citadas para as partes existem os benefícios para o usuário do SUS com uma evidente melhora na qualidade dos serviços prestados. Porém, existe o desafio de conciliar a prestação da assistência, incluindo os compromissos expressos no contrato de gestão, à expertise do parceiro privado na execução dos serviços de apoio. Para tal é necessário que as equipes sejam esclarecidas com relação aos compromissos contratuais, qualificadas e capacitadas nas regras contratuais para auxiliar o Poder Concedente na fiscalização do contrato e ao Verificador Independente no fornecimento de informações e dados que poderão auxiliar no monitoramento do desempenho do parceiro privado.

PALAVRAS-CHAVE: Modelo de gestão; Parceria Público Privada; Hospital.

CAPACITAÇÃO DAS EQUIPES MUNICIPAIS NO ENFRENTAMENTO À COVID-19 EM MINAS GERAIS

Ethiara Vieira de Macedo, Mestre em Gestão de Serviços de Saúde, Assessora Técnica do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Minas Gerais

Cristiane Aparecida Costa Tavares, mestranda do Programa de Pós-Graduação de Gestão de Serviços de Saúde, Assessora Jurídica do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Minas Gerais

Mirela Castro Santos Camargos, Doutora em Demografia, docente no Mestrado Profissional e na Graduação em Gestão de Serviços de Saúde – Universidade Federal de Minas Gerais

RESUMO

INTRODUÇÃO: Diante do cenário epidemiológico da Covid-19 em Março de 2020, a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES/MG) e o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Minas Gerais (COSEMS/MG) se reuniram para organizar o Plano Estadual de enfrentamento da Covid-19, nas 14 Macrorregiões, que envolvem 89 microrregiões de saúde, abrangendo os 853 municípios. Com as discussões do Plano, percebeu-se a necessidade de: Capacitar os profissionais de regiões de saúde prioritariamente com vazios em leitos de UTI, para o cuidado e manejo a pacientes com síndrome respiratória aguda em decorrência da COVID-19; Qualificar os profissionais para construção de fluxos e protocolos assistenciais para pacientes acometidos por Síndrome Respiratória pela Covid-19; Aumentar o número de leitos de UTI no estado, em especial no momento de emergência em saúde pública; Reduzir os vazios assistenciais em leitos de UTI. **OBJETIVO:** Apresentar a experiência de capacitação dos profissionais de saúde para o cuidado e manejo a pacientes com síndrome respiratória aguda em decorrência da COVID-19. **REFERENCIAL TEÓRICO:** A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou em 30 de janeiro de 2020 que o surto do novo coronavírus (2019-nCoV) constitui uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII). No Brasil, a declaração de Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV) foi formalizada pela Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020 (BRASIL, 2020a). Por meio da Lei Federal nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública foram publicadas para serem adotadas no Brasil, com vistas a contenção da disseminação do vírus e flexibilização de procedimentos burocráticos para o enfrentamento da doença (BRASIL, 2020b). Em 11 de março de 2020, a COVID-19 foi caracterizada pela OMS como uma pandemia (OMS, 2020). No mesmo mês o Ministério da Saúde declarou que a transmissão do vírus no Brasil passou a ser considerada comunitária, ou seja, ela se disseminou a ponto de não identificar mais as pessoas que importaram a doença (BRASIL, 2020c). Segundo Schweickardt et. al (2021), uma em cada seis pessoas acometidas da COVID-19 fica gravemente doente e desenvolve dificuldade em respirar. As pessoas idosas e/ou com comorbidades crônicas, como hipertensão arterial, problemas cardíacos ou diabetes, têm maior probabilidade de desenvolver doenças graves. **MÉTODOS:** Este trabalho consiste no relato de experiência a respeito da capacitação dos profissionais de saúde frente à pandemia da COVID-19, no estado de Minas Gerais. O COSEMS/MG realizou levantamento de necessidade para qualificação dos profissionais para atuarem no manejo da ventilação mecânica em pacientes acometidos pela Covid-19. Através do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), foi realizada parceria com Associação Beneficente Síria - HCOR que disponibilizou equipe de enfermeiros e fisioterapeutas, para a capacitação. Foi realizada reunião virtual com todos os atores (Gestores municipais, prestadores, COSEMS/MG e HCOR) para divulgar e

esclarecer dúvidas. As assessoras técnicas do COSEMS/MG realizavam contato com os profissionais do HCOR e apoiadores regionais para organizar datas e deslocamentos e estes realizavam contato com os gestores municipais de saúde organizando os fluxos, datas, deslocamentos e hospedagem em suas regiões, possibilitando que a equipe do HCOR percorresse cidades próximas. As capacitações foram presenciais e efetivadas nos hospitais e/ou locais indicados pelos gestores com duração média de 3 dias, garantindo uso de equipamentos necessários para segurança de todos. As capacitações presenciais tiveram como desafio o deslocamento dos profissionais HCOR, pois alguns aeroportos estavam fechados. O primeiro município da região era responsável por receber os profissionais no aeroporto, o município seguinte buscava no município anterior e o último, além de buscar na cidade anterior era responsável por levar os profissionais ao aeroporto. O HCOR disponibilizou ainda a todos os municípios participantes da capacitação presencial, a Telemedicina, para esclarecer dúvidas. Em paralelo, disponibilizaram a todos os gestores municipais a “Sessão de Aprendizagem Virtual” que acontecia terça e quinta, com temas previamente definidos, sendo possível apoiar as equipes municipais e compartilhar aprendizados no enfrentamento da Covid-19.

RESULTADOS E DISCUSSÃO: Movido pela grande preocupação com atendimento em Unidade de Terapia Intensiva - UTI nos vazios assistenciais identificados quando da elaboração do Plano, com o auxílio do CONASEMS, o COSEMS/MG buscou parcerias para qualificação dos profissionais de saúde afim de atuarem na linha de frente do cuidado de pacientes com síndrome respiratória aguda em decorrência da Covid-19. Por meio do PROADI-SUS, o HCOR ofertou aos profissionais de Minas Gerais a capacitação em manejo de pacientes com síndrome respiratória aguda em decorrência da Covid-19 contando com o apoio organizacional do COSEMS/MG. Profissionais HCOR, COSEMS/MG e equipes municipais se organizaram rapidamente, iniciando processos educacionais no 1º semestre de 2020. As qualificações aconteceram em roteiros simultâneos em regiões distintas, alcançando 48 municípios. Foram capacitados presencialmente 4.324 profissionais de saúde, sendo: médicos, fisioterapeutas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, auxiliares gerais, entre outros. É importante ressaltar que 446 leitos UTI Adulto (20% do total do Estado em setembro de 2020) só foram ampliados e habilitados para atendimento aos pacientes com Síndrome Respiratória aguda pela COVID-19 a partir da capacitação dos profissionais pelo HCOR. Resultando também que 100% das Macrorregiões com vazio assistencial expandiram leitos de UTI ADULTO e a redução da infecção dos profissionais envolvidos no manejo do paciente Covid-19. Com diminuição de casos Síndrome Respiratória aguda pela Covid-19, em 2022 a Comissão Intergestores Bipartite Estadual realizou discussões no intuito de eleger leitos de UTI para buscar habilitação permanente do Ministério da Saúde. Da listagem apresentada pela CIB/SUS-MG como município elegível para solicitar a habilitação e publicada em Portaria Ministerial, 14 municípios dos 48 que receberam a capacitação, tiveram habilitação dos leitos de UTI indicadas ao Ministério da Saúde. Gestores relataram a melhoria na assistência aos pacientes, melhor adesão dos funcionários no uso de EPI e entendimento do uso adequado para cada procedimento.

CONCLUSÃO: O COSEMS/MG recebeu vários relatos que a ida da equipe HCOR contribuiu muito para capacitação dos profissionais e sem isso os hospitais não teriam efetivado os leitos constantes nos Planos. Os relatos de vidas salvas com a abertura dos leitos e cuidado prestado com eficiência pelos profissionais permite concluir que as capacitações presenciais e apoio virtual foram fundamentais para Minas Gerais. Os *feedbacks* dos municípios permitem afirmar que a capacitação das equipes municipais fizeram a diferença e foram essenciais para que os pacientes tivessem melhor assistência. Profissionais do HCOR também enviaram *feedbacks*, elogiando a receptividade nos municípios, o interesse e disponibilidade para as discussões. É importante ressaltar que não só os profissionais de nível superior foram capacitados, mas todos os envolvidos no processo e cuidado ao paciente, todos

participaram ativamente desta iniciativa protagonizada pelo COSEMS/MG em parceria com o HCOR. Sendo assim, ganhou o SUS de Minas Gerais no momento da pandemia e no pós pandemia com a habilitação de UTI Adulto em regiões que antes representavam importantes vazios e gargalos para a Rede Assistencial de Minas Gerais.

PALAVRAS-CHAVE: COVID-19; UTI; Capacitação.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 06 fev. 2020a.

BRASIL. Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3 fev. 2020b.

BRASIL. Portaria nº 454, de 20 de março de 2020. Declara, em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do coronavírus (covid-19). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 mar. 2020c.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **OMS declara emergência de saúde pública de importância internacional por surto de novo coronavírus**. 2020. Disponível em: < <https://www.paho.org/pt/news/30-1-2020-who-declares-public-health-emergency-novel-coronavirus> >. Acesso em: 9 jun. 2022.

SCHWEICKARDT, J. C. et al. **O novo coronavírus e seus desafios para o Sistema Único de Saúde**. Porto Alegre: Rede Unida, 2020.

CARACTERIZAÇÃO DO USO DAS PICS NA POPULAÇÃO BRASILEIRA

Vitória da Silva Marques; Discente do curso de Gestão de Serviços de Saúde – UFMG
Patrícia Paula Dias de Sá; Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços
de Saúde – UFMG

Mery Natali Silva Abreu; Doutora em Saúde Pública/Epidemiologia – Departamento de
Gestão em Saúde – UFMG

Vanessa de Almeida Guerra; Doutora em Saúde Pública/Epidemiologia – Departamento de
Gestão em Saúde – UFMG

RESUMO

INTRODUÇÃO: As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) são produtos médicos e práticas que não fazem parte dos cuidados médicos convencionais. Esses métodos terapêuticos auxiliam na prevenção de doenças e na recuperação da saúde, através de tecnologias seguras e eficazes com realce na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. No Brasil as práticas foram institucionalizadas no Sistema Único de Saúde (SUS) através da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC), atualmente são normatizadas 29 práticas no SUS para que os usuários possam realizar tratamentos. Porém, estudos sobre o perfil do usuário que utiliza as práticas, quanto, quais os fatores determinantes dessa utilização pela população brasileira ainda são escassos na literatura. **OBJETIVO:** Avaliar a prevalência do uso das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde pela população brasileira e caracterizar seu uso, segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde realizada no ano de 2019. **REFERENCIAL TEÓRICO:** O Brasil foi um dos primeiros países do continente americano a incluir as PICS no sistema público de saúde. Desde a década de 80 buscava-se a legitimação e institucionalização dessas práticas. Por exemplo, na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 as práticas entraram em pauta e essa discussão ganhou ainda mais força após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). A portaria nº971/2006 criou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), visando implementar as PICS dentro do SUS, para prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, em destaque na Atenção Básica. A PNPIC tem como objetivo ampliar a oferta de ações em saúde além de estimular alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável de comunidades (BRASIL, 2006). A aprovação da política cooperou para a oferta dos serviços de PICS no país fossem notados e traz para o Sistema Único de Saúde uma ampliação das abordagens de cuidado, a partir da incorporação de sistemas médicos complexos e de recursos terapêuticos simples. A partir dessa política se amplia também o olhar dos profissionais de saúde sobre o processo de saúde-doença, além de aumentar o leque terapêutico disponível para o cuidado. As PICS são ofertadas majoritariamente na Atenção Primária, desempenhando um papel de cuidado em prevenção e reabilitação dos indivíduos. No Brasil as regiões que mais possuem estabelecimentos com ofertas de PICS são a região nordeste e sudeste (BRASIL, 2020), nos estados de Minas Gerais, São Paulo, Bahia e Pernambuco (BRASIL, 2020). As PICS são mais utilizadas como tratamento complementar em diversos agravos de saúde, tratamentos para alívio da dor, e em ações de promoção e prevenção (BOHORQUEZ, 2022; CHO, 2022; ABUSHUKUR, 2022; SPOLAÔR 2021; CHAGAS, 2020; ABEL, 2013). Quanto ao perfil de utilização não foi encontrado nenhum estudo que abrangesse toda a população brasileira. A Atenção Primária à Saúde (APS) trabalha com a promoção da saúde, prevenção, reabilitação, cuidado e diagnóstico, sendo a ordenadora das redes e porta de entrada do usuário

no SUS. A APS considera o sujeito na sua inserção-sociocultural; singularidades; complexidade e integralidade, e é nesse contexto que se inserem as PICS no SUS que ocorre de forma transversal e está presente em todos os níveis de atenção, prioritariamente na APS, favorecendo o uso mais racional do sistema, visto que os serviços de média e alta complexidade geram mais custos (BRASIL, 2019). Em 2019, 90% das atividades em PICS foram desenvolvidas na APS em 77% dos municípios brasileiros. As PICS vêm crescendo de forma expressiva na Rede de Atenção à Saúde (RAS) indicando a consolidação dessas práticas de cuidado no SUS. (BRASIL, 2019). A PNPIC é reconhecida pela OMS e por diversos países, como modelo em implantação das medicinas tradicionais e complementares em um sistema de saúde, sendo este um dos principais motivos pelo qual essas práticas são incorporadas de forma integrada no cuidado à saúde no SUS e não inseridas como uma estrutura alternativa ao sistema, como em alguns países (BRASIL, 2018).

METODOLOGIA: Trata-se de um estudo transversal que utilizou os dados coletados pela Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), sendo essa uma pesquisa domiciliar realizada em âmbito nacional, executada, em 2019, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em parceria com o Ministério da Saúde. Para este trabalho foi utilizada a única versão disponível que incluiu questões específicas sobre a utilização de PICS e, assim, possibilitam estudos nessas áreas. Para este estudo, serão considerados os dados de brasileiros com 15 anos ou mais que responderam à questão J05301. Nos últimos doze meses, utilizou tratamento como acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, meditação, yoga, tai chi chuan, lian gong ou outra prática integrativa e complementar a saúde? Foram analisadas variáveis sociodemográficas e relacionadas a utilização das PICS. Também foi realizada análise descritiva das variáveis estudadas por meio do cálculo das frequências relativas, bem como o teste qui quadrado considerando o nível de significância de 5%. Todas as análises foram realizadas com o uso do programa STATA 14.0 sendo consideradas as ponderações impostas pelo delineamento amostral do estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO: A prevalência do uso das PICS no Brasil foi de 5,64%, sendo mais frequente na região Norte (6,82%), seguida da região Sul (6,43%). A região com menor prevalência de utilização das PICS foi a Centro-Oeste (4,61%). Foram fatores associados a uma maior prevalência de utilização das PICS possuir plano de saúde (9,27%), ter 60 anos ou mais (6,7%), ter nível de educação superior (11,6%), avaliar a saúde como ruim ou muito ruim (8,4%), ser da raça/cor indígena (8,5%) e amarela (8,0%), e do gênero feminino (6,95%). A prática utilizada mais frequentemente foi a de plantas medicinais e fitoterapia (56,53%), seguida da acupuntura (27,96%) e homeopatia (17,94%).

CONSIDERAÇÕES FINAIS: A PNPIC visa aumentar o leque terapêutico disponível para o cuidado, no Brasil há poucos estudos com representatividade nacional abordando a temática. Os resultados do estudo indicam que a utilização das PICS no país é baixa, mesmo com o grande potencial de redução de custos no sistema de saúde que elas proporcionam. Conhecer a população que utiliza desses recursos bem como o seu perfil é essencial para a manutenção da política e promoção das ações e contribui para fomento de intervenções e políticas que incentivem a divulgação das práticas, para conseqüente maior utilização das PICS pela população brasileira, tendo em vista os grandes benefícios que essas práticas podem agregar no processo do cuidar e na manutenção do cuidado.

REFERÊNCIAS

- ABUSHUKUR, Y. et al. (2022). Improving Breast Surgery Outcomes Through Alternative Therapy: A Systematic Review. *Cureus*, 14(3), e23443. <https://doi.org/10.7759/cureus.23443>
- BOHORQUEZ, D. et al. Effect of Drain Output on the Timing of Closed Suction Drain (CSD) Removal After Head and Neck Surgery. *Cureus*, 22 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Ampliação da PNPIC. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/informe_pics_mai2017.pdf

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Glossário Temático Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. Brasília, DF. 2018. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/glossario_pics.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 702, de 21 de março de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

CHAGAS, N. et al. Acendendo as Luzes: uma inovação no Cuidado a Saúde dos Pacientes Oncológicos, Familiares e Equipe. *Saúde em Redes*, v. 6, n. 1, p. 155–162, 28 jul. 2020.

CHO, Y.J. et al. Lung ultrasound for early diagnosis and severity assessment of pneumonia in patients with coronavirus disease. 2019. *The Korean Journal of Internal Medicine*, v. 37, n. 3, p. 699–699, 1 maio 2022.

SPOLAÔR, M.L; GONÇALVES, T.R. (Re)existência e potência de vida: práticas integrativas e complementares em saúde para presos. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2021, v. 31, n. 02. Epub 16 Jul 2021. ISSN 1809-4481. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310212>

PALAVRAS-CHAVE: Práticas integrativas e complementares; Saúde pública; Medicina tradicional.

COMUNICAÇÃO BREVE: MORTALIDADE INFANTIL: PERCEPÇÕES DE GESTORES E PROFISSIONAIS ACERCA DAS AÇÕES E POLÍTICAS DE SAÚDE DIRECIONADA À MULHER E À CRIANÇA EM GOVERNADOR VALADARES/MG

Ellen Moreira da Silva, Acadêmica em Enfermagem pela Universidade Vale do Rio Doce - UNIVALE

Valéria de Oliveira Ambrósio, Mestre em Gestão de Serviços de Saúde pela Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG

Vanessa de Almeida Guerra, Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP/USP

RESUMO

INTRODUÇÃO: A mortalidade infantil é um importante indicador da saúde de mulheres e crianças, a qual constitui-se em um evento sentinela devido a sua evitabilidade. Ademais, encontra-se relacionada aos determinantes biossocioculturais e assistenciais, e sua redução depende da melhoria efetiva nas condições de vida e de políticas públicas de saúde capazes de impactar na assistência dessa parcela da população em todos os níveis de atenção. As falhas na atenção à saúde da mulher, no pré-natal, no parto e ao recém-nascido são de extrema relevância na ocorrência dos óbitos no primeiro ano de vida (OLIVEIRA et al., 2017). As reflexões acerca da mortalidade infantil, em especial no Município de Governador Valadares/MG, sua ligação com as políticas de saúde que envolvem a gestão e intervenções na Atenção Primária à Saúde (APS), bem como as possíveis relações com a evitabilidade do óbito infantil, têm levantado preocupações que perpassam desde a gestão do serviço de saúde até a oferta de ações de promoção, recuperação da saúde, prevenção e cura de doenças. Essa realidade é de conhecimento dos gestores e profissionais de saúde, cujo contexto atual agrega a realidade local da taxa de mortalidade infantil, processo de gestão e intervenções possíveis de evitá-la. Diante disso, pensa-se com relação à contra vertente entre disponibilidade de serviços de saúde, atendimentos e melhoria de condições sensíveis à APS e a redução do óbito infantil. A pesquisa “MORTALIDADE INFANTIL: percepções de gestores e profissionais acerca das ações e políticas de saúde direcionada à mulher e à criança em Governador Valadares/MG”, é um dos projetos aprovados na linha de pesquisa Políticas, Planejamento e Avaliação em Saúde. Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa, utilizando como método o estudo de caso. Essa comunicação breve de pesquisa concluída, visa apresentar à comunidade acadêmica e aos leitores do resumo expandido, os objetivos e o desenho metodológico que permitiram a geração de dados e informação sobre a situação da mortalidade infantil no município estudado, na perspectiva da gestão e dos profissionais. **OBJETIVO(S):** De modo geral, a pesquisa relatada visa analisar a percepção dos gestores e profissionais de saúde acerca das causas e possíveis ações de enfrentamento da mortalidade infantil direcionadas à população materno-infantil, executadas na APS do Município de Governador Valadares/MG. Em específico, busca descrever as ações desenvolvidas na APS no olhar de gestores e profissionais de saúde que contribuem na redução ou não do óbito infantil; Identificar pelo olhar de gestores e profissionais de saúde as políticas de saúde que contribuem na redução do óbito infantil; Analisar o conhecimento de gestores e profissionais de saúde sobre os determinantes para o declínio da mortalidade infantil no município. **REFERENCIAL TEÓRICO:** A análise do coeficiente mortalidade infantil facilita a compreensão quanto ao panorama de suas principais causas, sendo possível a avaliação da saúde e do desenvolvimento socioeconômico da população. Com isso, cria-se as condições favoráveis para a aplicabilidade do processo de planejamento,

avaliação e gestão de políticas de saúde (PINHEIRO; JUNIOR; FIUZA, 2017). Dessarte, a identificação e avaliação das fragilidades torna possível o desenvolvimento de estratégias preventivas voltadas à diminuição do risco de morte na infância por meio de políticas públicas associadas à saúde materno-infantil (FRANÇA et al., 2017). **MÉTODO:** Foi realizada uma pesquisa qualitativa, com fins descritivos e coleta de dados em um município de médio porte a partir da percepção dos profissionais e gestores de saúde, que trabalham na atenção à saúde da mulher e da criança na Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Utilizou-se como método o estudo de caso a fim de entender as percepções de gestores e profissionais de saúde com relação às ações e políticas direcionadas à saúde da mulher e da criança, realizadas na atenção primária que impactavam no óbito infantil. A pesquisa envolveu profissionais médicos e enfermeiros das 59 Estratégias de Saúde da Família (ESF) do citado município e gestores envolvidos na temática da saúde materno-infantil, totalizando 140 médicos e enfermeiros e 3 gestores. Para a coleta de dados, foram utilizadas entrevistas semiestruturadas e um roteiro semiestruturado, elaborado previamente a partir de estudos do referencial teórico que compõe esta pesquisa, atentando para os objetivos propostos. Após autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Vale do Rio Doce (CEPUnivale), sob o número 3.403.792 e declaração de Autorização da Instituição, foram realizados os encaminhamentos necessários para as entrevistas. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido conforme as resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 510/2016 (BRASIL, 2016) e CNS 580/2018 (BRASIL, 2018). Os dados coletados foram trabalhados a partir da análise de conteúdo de Bardin (2011). Foram organizadas a partir das falas dos entrevistados três nuvens de palavra, utilizando o site (<https://www.wordclouds.com/>), onde podem ser evidenciadas as palavras mais mencionadas pelos entrevistados em cada categoria. Os dados foram agrupados em grandes categorias, chegando a três categorias e duas subcategorias finais. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A amostra constituiu de 21 entrevistados, composta por 3 gestores e 18 profissionais de saúde que atuam na atenção primária em regiões e localizações com coordenadas diferentes. Dentre as 3 gestoras entrevistadas, há duas enfermeiras e uma médica. Os demais profissionais entrevistados atuam na APS em Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo um médico e um enfermeiro de cada uma das nove regiões de saúde. Observou-se rotatividade entre os profissionais, em destaque os profissionais médicos, vindo de outros municípios para o programa de residência em saúde e comunidade. Além disso, identificou-se o mesmo padrão entre as estratégias de saúde da família dentro do próprio município. As nuvens de palavras reafirmaram as impressões, contribuíram para a identificação das três categorias e das duas subcategorias que compõem a pesquisa e auxiliaram no levantamento das falas mais expressivas para a discussão. Quanto aos discursos sobre a percepção da mortalidade infantil, três categorias foram estabelecidas: Categoria 1 - Vigilância do óbito; Categoria 2 - Políticas Públicas de Saúde materno- infantil e, nesta surgiram 2 subcategorias Fragilidade da Rede de Atenção e Intersetorialidade e Categoria 3 - Atenção à saúde da Mulher e da Criança. De forma geral, notou-se a falta de domínio com relação ao tema proposto e a pouca percepção dos profissionais. Na Categoria 1, foi possível identificar o valor dado à discussão para identificação das causas que levaram ao óbito, sob o viés de que sabendo a causa é possível evitar novos casos. Ao se levantar questionamento aos gestores acerca da importância e existência da discussão sobre mortalidade infantil, verificou-se que pouco se tem discutido. Tal realidade, vai de encontro aos achados de Pinheiro, Junior e Fiuza (2017) e França et al. (2017), os quais evidenciam a importância da discussão da mortalidade infantil para entendimento do panorama e das principais causas do óbito, revelando-se como um fator primordial no processo de gestão em saúde para a avaliação da assistência à saúde prestada e das condições de desenvolvimento sócio econômicas de uma população. Já os profissionais de saúde da atenção primária, reconhecem a importância da discussão e que esta não ocorre frequentemente. Quanto à Categoria 2, as gestoras evidenciaram as ações que implantaram ou que estão implantando, e

destacam a capacitação, a construção de protocolos e a inserção do gerente nas unidades de atenção primária, estando de acordo com o proposto por Machado (2013) que qualifica as ações de estimular, viabilizar a capacitação e educação permanente dos profissionais e das equipes como funções dos gestores da atenção primária como funções dos gestores da atenção primária. Na Categoria 3, analisou-se o que tem sido feito e precisa ser melhorado na atenção primária para redução do óbito infantil nas microáreas e, conseqüentemente, no município, como o Pré-natal, educação em saúde, planejamento familiar, busca ativa, detecção e tratamento da sífilis, a participação da família, participação da comunidade, entre outras ações foram analisadas nesta categoria. **CONCLUSÃO:** O estudo mostra que há pouca discussão sobre a mortalidade infantil, seja na gestão da atenção primária ou nas unidades de saúde. Detectou-se então que existe um distanciamento entre a vigilância epidemiológica e a atenção primária na divulgação e discussão da mortalidade infantil, levando os gestores e profissionais de saúde a não trabalharem de forma mais efetiva nesse indicador como tentativa de fortalecer a assistência materna infantil. Diante disso, é de suma importância a presença constante do Comitê de Prevenção de Mortalidade Materno, Infantil e Fetal na atenção primária, responsabilizando-se pela mobilização da rede de atenção à saúde acerca do assunto estudado. Tem-se a vigilância e o monitoramento dos óbitos como fatores relevantes para a identificação dos aspectos evitáveis, avaliação da qualidade dos cuidados de saúde prestados às mulheres e crianças e financiamento das políticas públicas para intervir de forma eficaz. Foram encontradas limitações para desenvolvimento do estudo, visto que os entrevistados apresentaram desconhecimento sobre o tema.

PALAVRAS-CHAVE: Mortalidade infantil; Atenção primária à saúde; Saúde materno-infantil.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011. 280 p.

BRASIL. **Resolução CNS 580/2018**: Regulamenta o disposto no item XIII.4 da Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2018, que estabelece que as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso580.pdf>>. Acesso em: 08 set. 2022.

_____. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016**. Dispõe sobre as especificidades éticas das pesquisas nas Ciências Humanas e Sociais e de outras que utilizam metodologias próprias dessas áreas. Disponível em: <http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/22917581>. Acesso em: 05 set. 2022.

FRANÇA, E. B. et al. Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença. **Revista Brasileira de epidemiologia**, v. 20, p. 46-60, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2017000500046&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 09 set. 2022.

MACHADO, R. N. **A coordenação municipal de atenção primária e sua importância para o desempenho das Equipes de Saúde da Família**. 2013. 36 f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Universidade Federal de Minas

Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Uberaba, 2013.

Disponível em:

<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/A_coordenacao_municipal_de_atencao_primaria_e_sua_importancia_para_o_desempenho_das_Equipes_de_Saude_da_Familia_/461>. Acesso em: 05 set. 2022.

OLIVEIRA, C. M. et al. Avaliação da vigilância do óbito infantil: estudo de caso. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 1, n. 4, p. 801-815, dez., 2017.

PINHEIRO, J. V. O.; JUNIOR, D. N. L.; FIUZA, T. M. Análise Epidemiológica do Impacto das Ações Sociais na Mortalidade Infantil em uma População da Barra do Ceará. **Encontros Universitários da UFC**, v. 3, n. 1, 2017, p. 884.

COTIDIANO DE TRABALHO DE PROFISSIONAIS DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA: ENTRE ESTRATÉGIAS E TÁTICAS

Moema Santos Souza. Doutora em Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais.
Palloma Fernandes Estanislau Vaz Ventura. Doutora em Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais.

Doane Martins da Silva. Doutora em Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais.
Marília Alves. Doutora em Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais.

RESUMO

Introdução: O atendimento pré-hospitalar é um componente da rede de atenção à saúde essencial para usuários que necessitam de assistência rápida, eficiente e segura, em que segundos podem significar a diferença entre a vida e a morte. No Brasil, o serviço pré-hospitalar móvel de urgência é representado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), instituído por meio da Portaria GM/MS nº 2.048/2002 (BRASIL, 2002), considerado componente central da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) e de importância populacional (BRASIL, 2006). Foi normatizado institucionalmente no ano de 2003, por meio da portaria nº 1.864, que estabeleceu a implantação do SAMU em municípios e regiões de todo o território brasileiro, com o objetivo de chegar precocemente às vítimas em situações de urgência ou emergência de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras, que possam levar a sofrimento, a sequelas ou mesmo à morte (BRASIL, 2003), e, assim, contribuir para a redução do número de óbitos, do período de internação e de agravos decorrentes da falta de atendimento imediato. É estruturado por meio de duas modalidades assistenciais: o Suporte Básico de Vida (SBV) e o Suporte Avançado de Vida (SAV). No SBV, a equipe é formada por um condutor de ambulância, um técnico ou auxiliar de enfermagem que atuam em veículos terrestres e embarcações, executando procedimentos não-invasivos para manutenção da vida. No SAV, médico, enfermeiro e condutor possuem competências e habilidades para o atendimento de pacientes graves e atuam em unidades terrestres, aeromédicas e embarcações (BRASIL, 2002). Os atendimentos realizados pela equipe, são complexos, dinâmicos e imprevisíveis exigindo do profissional agilidade, raciocínio rápido, habilidades técnicas e eficácia, fatores cruciais para a assistência segura e de qualidade, evitando riscos. Quais estratégias e táticas no cotidiano de trabalho de profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)? **Objetivo:** discutir estratégias e táticas no cotidiano de trabalho de profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). **Referencial Teórico:** O conhecimento da dinamicidade entre estratégias e táticas permite discutir elementos do cotidiano de trabalho de equipes do SAMU. Michel de Certeau em 1974, conceitualizou cotidiano como um movimento de articulação de práticas do tipo “estratégias” e “táticas”. Na construção do cotidiano, Certeau define estratégia como “o cálculo (ou a manipulação) das relações de força que se torna possível a partir do momento em que um sujeito de querer e poder (uma empresa, um exército, uma cidade, uma instituição científica) pode ser isolado” (CERTEAU, 2012, p. 93). A estratégia pode ser entendida como o formalmente instituído, que dita aos sujeitos as formas de comportamento e de agir objetivando regular a dinâmica social (PEIXOTO, 2011). A tática, por sua vez, é silenciosa e diz respeito à ação calculada que é determinada pela ausência de um próprio. Então, nenhuma delimitação de fora lhe fornece a condição de autonomia” (CERTEAU, 2014, p. 94). As táticas podem ser

vistas como o uso inventivo de possibilidades dentro de contextos ou controles estratégicos (O'BRIEN, 2009). **Método:** Trata-se de um estudo qualitativo, fundamentado no referencial teórico do Cotidiano de Michel de Certeau, nas relações entre estratégias e táticas articuladas no cotidiano. Realizado no SAMU de Belo Horizonte/Minas Gerais. Participaram do estudo 32 profissionais que trabalham diretamente na assistência (entre médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e condutores) e duas coordenadoras, a do Núcleo de Educação Permanente (NEP) e a de enfermagem. Como critérios de inclusão, considerou-se: pertencer às equipes do SAMU; estar exercendo a função em seu local de lotação por um período superior a 6 meses. Foram excluídos os que estavam afastados de suas atividades durante o período de coleta de dados. Escolheram-se os participantes de acordo com a técnica *snowball*. Os dados foram coletados no período de julho a outubro de 2020, por meio de entrevistas em profundidade com roteiro semiestruturado, realizadas *on-line*, via plataforma virtual. Realizou-se, previamente, teste-piloto, o que auxiliou na estruturação final do roteiro de entrevista. Os dados foram submetidos à Análise de Conteúdo Temática e utilizou-se o *software* MAXQDA®, versão 2020 para organização dos dados. O estudo foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados e discussão:** Os profissionais revelaram um cotidiano de trabalho no SAMU pautado em normas, rotinas e protocolos que determinam e organizam as maneiras de fazer das equipes. No serviço pré-hospitalar, as regulamentações se substancializam pelas estratégias que direcionam as ações no cotidiano laboral dos profissionais do SAMU que envolve atividades relacionadas à organização da ambulância, a checagem de materiais e medicamentos, por meio de *checklist*; e a assistência prestada pelas equipes *in loco*, sob o comando da Central de Regulação. Portanto, as estratégias estão explícitas na gestão, organização e manutenção dos insumos necessários ao processo assistencial. Destaca-se a importância da organização tanto das ambulâncias quanto dos materiais, equipamentos e realização do *checklist* pela equipe, necessários para a assistência segura ao paciente (PERES *et al.*, 2018). O uso de Protocolos de Normas e Procedimentos, outro elemento de estratégias, também foi revelado pelos participantes, o que contribui para a melhoria da qualidade do cuidado. Acresce-se, ainda que, os atendimentos realizados pela equipe do SAMU, são dinâmicos, diversificados, imprevisíveis, tensos, sujeito às intempéries e com poucas rotinas, apesar das estratégias definidas em protocolos. Essa complexidade suscita nos profissionais a necessidade de reinventarem o cotidiano com novas maneiras de fazer. Diante da confrontação com a realidade, muitas vezes dissonante das condições idealizadas nas estratégias, os profissionais revelaram o uso de táticas para responder às demandas do cotidiano, como ao fazer adaptações no interior da ambulância para evitar que os equipamentos se soltem e caiam sobre o paciente ou profissional e ocorra um incidente; ao carregar o paciente em um edredom ou no ombro para retirá-lo do local e prestar o atendimento. Essas situações, não previstas nas normatizações (estratégias), envolvem criatividade, comprometimento e capacitação para o trabalho. As táticas criam um fazer adaptado ao cenário e às intencionalidades dos sujeitos que vivenciam o cotidiano, possibilitando a ressignificação das práticas cotidianas, o que inclui novos modos de agir diante da realidade vivenciada (RATES, 2016; CERTEAU, 2014). **Considerações finais:** O cotidiano de trabalho dos profissionais do SAMU apresenta situações peculiares como organização da ambulância, *checklist*, atendimento, uso de protocolos específicos, previstas nas normatizações, representando as estratégias instituídas pelo serviço. Nesse cotidiano há também táticas empreendidas pelos profissionais que (re)inventam o cotidiano e (re)criam modos de operar a assistência aos usuários. Dessa forma, estratégias e táticas se entrecruzam durante o trabalho cotidiano de profissionais do SAMU.

PALAVRAS-CHAVE: Serviço Médico de Emergência; Assistência Pré-Hospitalar; Urgências.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2048, de 5 de novembro de 2002.** Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html. Acesso em: 12 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1.864, de 29 de setembro de 2003.** Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU- 192. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a.

Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1864_29_09_2003.html. Acesso em: 05 jun. 2022.

CERTEAU, M. **A Invenção do cotidiano: 1. Artes de fazer.** 18.ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

CERTEAU, M. de. **Invenção do cotidiano: artes de fazer.** 22. ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

O'BRIEN, M. The Tactics of Mobile Phone Use in the School-Based Practices of Young People. **Anthropology in Action**, v.16, n.1, p.30-40, 2009.

PEIXOTO, D. L. **Estratégias e táticas cotidianas: um estudo sobre os sentidos das práticas sociais e suas influências no fazer estratégia de uma barraca em feiras-livres.** 2011. 107f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2011.

PERES, P.S.Q. *et al.* Atuação do enfermeiro em um serviço de atendimento pré-hospitalar privado. **Rev Fund Care Online**, v.10, n.2, p. 413-422, abr/jun. 2018. DOI 10.9789/2175-5361.2018.v10i2.413-422

RATES, H. F.; ALVES, M.; CAVALCANTE, R.B. Acolhimento com classificação de risco: que lugar é esse? **Enfermagem em Foco**, v. 7, n. 2, 2016. DOI: 10.21675/2357707X.2016.v7.n2.795

CUSTEIO TDABC DA COLANGIOPANCREATOGRÁFIA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA TERAPÊUTICA

Flávia Lúcia da Silva Colares, MSC
Universidade Federal de Minas Gerais/ Brazil
fcloares@gmail.com

Mônica Viegas Andrade, PhD
Universidade Federal de Minas Gerais/ Brazil
mviegas123@gmail.com

Kenya V. M. de S. Noronha, PhD
Universidade Federal de Minas Gerais/ Brazil
kvmicaela@gmail.com

André Soares Santos, PhD
Universidade Federal de Minas Gerais/ Brazil
andressantos111@gmail.com

RESUMO

INTRODUÇÃO: A colangiopancreatografia endoscópica retrógrada (CPRE) é uma técnica avançada realizada, principalmente, no diagnóstico e tratamento das obstruções biliares. A coledocolitíase é a maior causa destas oclusões, consistindo em relevante motivo de hospitalização e utilização dos serviços de saúde. Apesar de ser considerada padrão-ouro para diagnóstico, a CPRE vem sendo, cada vez mais, utilizada com fins terapêuticos, especialmente no tratamento minimamente invasivo das doenças obstrutivas biliopancreáticas (AFDHAL; ZAKKO, 2022). O procedimento se encontra incorporado ao Sistema Único de Saúde (SUS) desde 2008, porém, precificado, até dezembro de 2020, unicamente como método diagnóstico e reembolso estabelecido de R\$ 90,68, tanto para a modalidade diagnóstica quanto para a terapêutica, apesar desta última ser, sabidamente, associada a maior tempo e maior consumo de acessórios de alto custo (BRASIL 2019). A Portaria do Ministério da Saúde nº 3.728/ 2020, incluiu codificação específica para a CPRE terapêutica (04.07.03.025-5), com repasse previsto de R\$ 2.023,53. Aceita-se que o padrão de reembolso público atual seja inadequado para cobrir seus custos processuais totais, dificultando sua contratação e disponibilização através de financiamento público. Estimativas de custo acuradas são mandatórias para garantir acesso a este importante procedimento, estando a qualidade dos dados de custos intimamente ligada ao método de custeio utilizado (KAPLAN; PORTER, 2011). Métodos mais atualizados e adaptados à diversidade e complexidade do setor de saúde podem contribuir substancialmente para maior entrega de valor e controle dos custos (KEEL *et al.*, 2017; KAPLAN; PORTER, 2011; KAPLAN; ANDERSON, 2007). O custeio baseado em atividades e tempo (TDABC) é um aprimoramento do custeio baseado em atividades (ABC) e observa o paciente através de seu real percurso assistencial (KAPLAN; PORTER, 2011). Esta abordagem de microcusteio “de baixo para cima” permite melhor compreensão do processo de formação de custos, constituindo base para decisões gerenciais (ETGES *et al.*, 2019; KEEL *et al.*, 2017; KAPLAN; PORTER, 2011). Frente à escassez de recursos destinados aos serviços de saúde, particularmente no setor público, um gerenciamento eficiente é imprescindível, cabendo conhecimento amplo dos processos de formação de custos (SEIXAS; MELO, 2004).

OBJETIVO: Estimar os custos da CPRE terapêutica em dois hospitais públicos brasileiros através do TDABC. Os dados obtidos foram analisados em relação à sua composição, sendo também comparados a outros estudos e ao reembolso SUS vigente, com o intuito de avaliar a suficiência do repasse praticado. **METODOLOGIA:** Este estudo é uma análise de custos

parcial, aplicando o TDABC para estimar os custos da CPRE terapêutica em dois hospitais públicos da cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais. Utilizou-se a abordagem de sete etapas do TDABC recomendada em literatura (KEEL *et al*, 2011; KAPLAN; PORTER, 2011), acrescida de etapa final de análise dos dados sugerida por Etges e colaboradores (2019) (figura 1). Fez-se uma análise retrospectiva de CPREs ocorridas entre 1º de janeiro de 2018 e 31 de dezembro de 2019 (Hospital A) e 1º de dezembro de 2018 e 31 de dezembro de 2019 (Hospital B).

RESULTADOS: A amostra incluiu 308 CPREs terapêuticas (147 no Hospital A e 161 no Hospital B). O custo médio estimado foi de R\$ 4.778,82 (USD 1.257,58). O tempo médio de permanência no bloco cirúrgico foi de 236 minutos. As composições dos custos são mostradas nos gráficos 1 e 2. O Hospital A apresentou custo 9% superior ao do Hospital B (R\$ 4.993,95 x R\$ 4.582,40), assim como tempo de procedimento 36,8% maior (275 x 201 minutos). No Hospital A, mão de obra (47%) e OPMEs (45%) representaram conjuntamente quase a totalidade dos custos. No Hospital B, o custo referente à empresa terceirizada correspondeu a 45% do custo total. Como no Hospital A, os OPMEs consumiram parte significativa dos recursos (33%), entretanto, com custo médio 32% inferior. A remuneração médica correspondeu à maior parte dos custos de mão de obra própria dos hospitais (46% no Hospital A e 55% no Hospital B). O padrão de uso de OPMEs variou entre as unidades hospitalares (tabela 1).

DISCUSSÃO: A CPRE é uma alternativa às abordagens cirúrgicas no tratamento de distúrbios pancreatobiliares. Entretanto, associa-se à relevante incremento de custos. Para estabelecer seu papel preciso, é imprescindível avaliar e garantir que seja indicada em situações apropriadas onde os custos se justifiquem em termos de desfechos clínicos. Estudos de custo envolvendo os procedimentos endoscópicos em geral são escassos, sendo esta, ao que tudo indica, a primeira pesquisa a estimar os custos da CPRE terapêutica através do TDABC. O custo estimado neste trabalho foi 8% superior à análise de custo incremental de Van Steenberg e colaboradores (2001). Avaliação feita pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC), em 2019, resultou em quantia bastante superior (66% maior), porém, aplicou metodologia totalmente diversa da aqui utilizada (BRASIL, 2019). Em relação ao reembolso SUS, o valor estipulado para toda a internação hospitalar (R\$ 2.023,53) não seria suficiente, sequer, para cobrir os custos previstos apenas para a fração aqui estimada. O maior custo do Hospital A pode ser justificado por suas inerentes características institucionais - trata-se de hospital de ensino e referência terciária, ou seja, espera-se para este nosocômio, amostra de pacientes mais gravemente doentes, maior complexidade e duração dos procedimentos. Os acessórios de uso único representaram parte significativa dos custos da CPRE terapêutica (39%). Uma limitação deste estudo foi a impossibilidade de avaliar um percurso de cuidado ampliado, incluindo acompanhamento pós-operatório como sugerido pelos estudos originais do TDABC. Isso possibilitaria avaliação de desfechos centrados no paciente e proposição de estratégias de remuneração baseada em valor. Outro desafio enfrentado se referiu à obtenção de dados confiáveis que representassem de forma completa e precisa a experiência dos pacientes. A despeito das dificuldades, a aplicação do TDABC possibilitou estimar custos com base no uso real de recursos, fornecendo subsídios para replicar a sistemática em outros cenários particulares.

CONCLUSÕES: Atualmente, a CPRE terapêutica é uma técnica indispensável para o tratamento de doenças biliopancreáticas. Remuneração adequada e controle dos custos devem ser estabelecidos para que se garanta acesso a este importante recurso terapêutico. À medida que os sistemas de saúde buscam novos sistemas de remuneração e lidam com custos crescentes, conhecer melhor o processo de formação de custos se torna cada vez mais imprescindível. Sob este novo paradigma, o TDABC fornece um plano para ajudar os provedores a tomarem decisões conscientes dos custos e implementar eficiências. Dadas as limitações dos orçamentos de saúde, o acesso aos serviços endoscópicos dependerá da eficiência de custos na prática endoscópica, a exemplo de outras. O ônus dos gestores, fontes pagadoras, endoscopistas e demais profissionais de saúde envolvidos, assim como fabricantes

e fornecedores de materiais e medicamentos, é avaliar e discutir formas de controlar os custos sem comprometer a qualidade entregue aos pacientes. Estudos futuros devem se concentrar em identificar quais custos se justificam por ganhos em qualidade e quais representam, tão-somente, desperdício, assim como avaliar as linhas de cuidado assistencial de forma mais abrangente, facilitando as estratégias baseadas em valor.

REFERÊNCIAS

AFDHAL, N.H.; ZAKKO, S.M. Gallstones: Epidemiology, risk factors and prevention. *In*: POST, T.W. (ed.). **UpToDate**. Waltham, MA: UpToDate, 2022. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/gallstones-epidemiology-risk-factors-and-prevention>. Acesso em: 8 mar. 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC). **Colangiopancreatografia Endoscópica Retrógrada pré-cirúrgica no tratamento de coledocolitíase**: Relatório de Recomendação. Brasília, 2019. Disponível em: <http://conitec.gov.br>. Acesso em: 5 fev. 2021.

ETGES, A.P.B.S et al. An 8 step framework for implementing time driven activity based costing in healthcare studies. **The European Journal of Health Economics**, v. 20, n. 8, p. 1133-1145, nov 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10198-019-01085-8>. Acesso em: 22 jan. 2021.

KAPLAN, R. S.; ANDERSON, S. R. Time-Driven Activity-Based Costing: A Simpler and More Powerful Path to Higher Profits. Boston, MA: **Harvard Business Press**, v. 1, f. 133, 2007. 266 p.

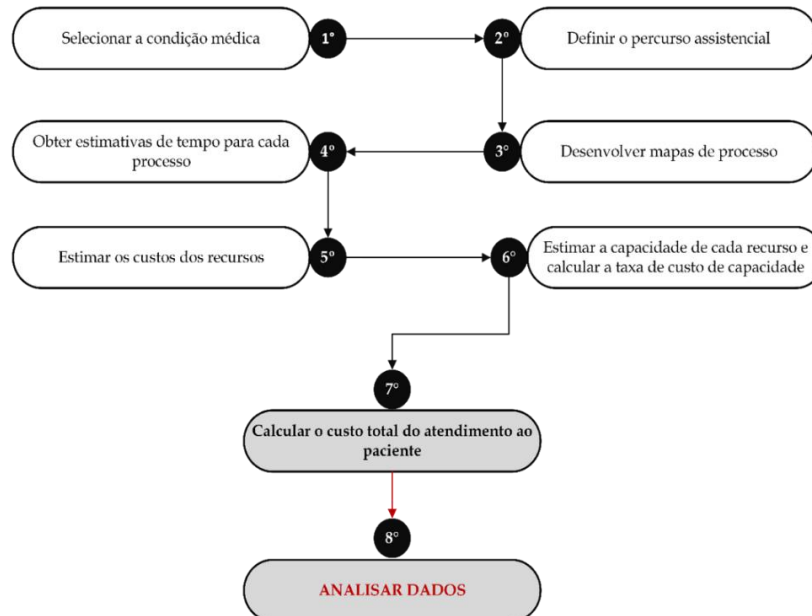
KEEL, G. *et al.* Time-driven activity-based costing in health care: A systematic review of the literature. **Health Policy**, v. 121, n. 7, p. 755-763, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.04.013>. Acesso em: 3 set. 2020.

SEIXAS, M.A.S.; MELO, H.T. Desafios do administrador hospitalar. **Revista Gestão e Planejamento**, n. 9, p. 16-20, 2004. Disponível em: <https://revistas.unifacs.br/index.php/rgb/article/view/185/188>. Acesso em 20 jul 2022.

VAN STEENBERGEN, W. *et al.* **Cost analysis of ERCP in a university hospital**. *Gastrointestinal Endoscopy*, v. 53, n. 2, p. 152-160, 2001. Disponível em: [https://www.giejournal.org/article/S0016-5107\(01\)70355-0/fulltext](https://www.giejournal.org/article/S0016-5107(01)70355-0/fulltext). Acesso em: 23 fev. 2021.

APÊNDICES

Figura 1 — Etapas do TDABC aplicadas no estudo



Adaptado de Etges *et al.* (2019)

Gráfico 1 — Composição dos custos - CPRE terapêutica

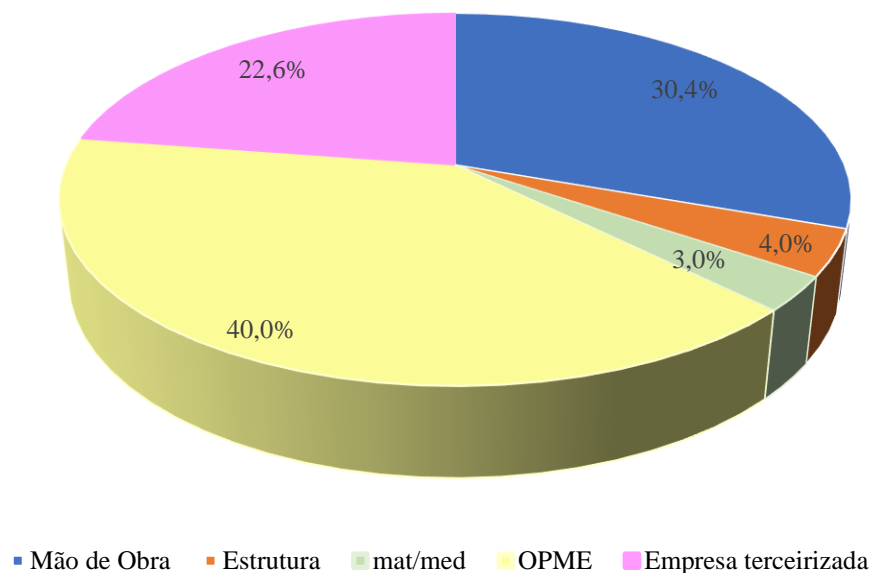


Gráfico 2 — Composição dos custos por hospital - CPRE terapêutica

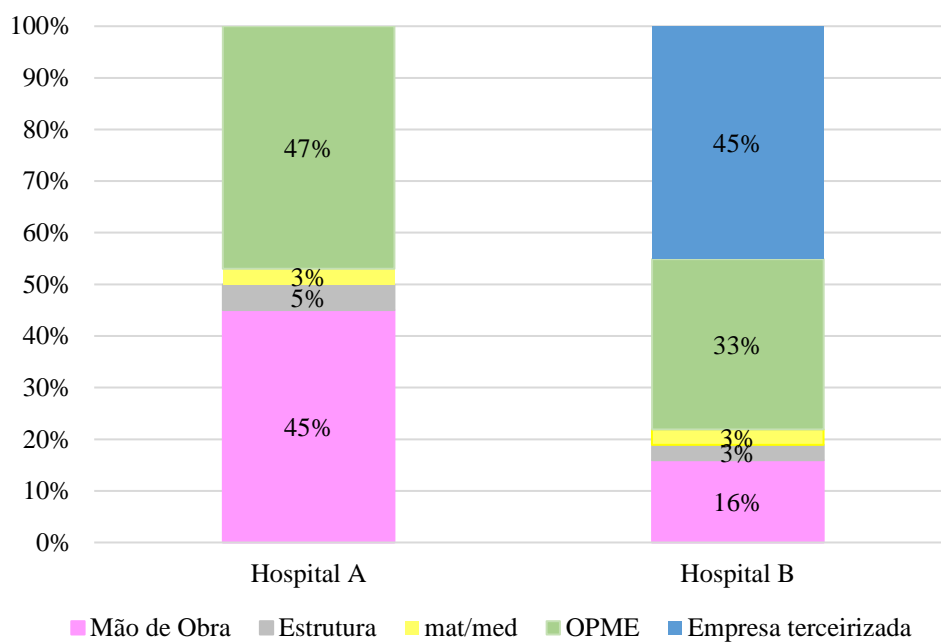


Tabela 1 — Média de OPMEs por procedimento de CPRE nos Hospitais A e B

Item	Hospital A	Hospital B	Média amostral
Cateter balão dilatador	0,25	0,09	0,17
Cateter balão extrator	0,68	0,93	0,81
Cesta de extração	0,07	0,14	0,11
Endopróteses	0,30	0,22	0,26
Fios-guia	0,82	0,99	0,91
Papilótomos	0,82	0,98	0,91
Stents biliares	0,03	nenhum	0,02

DA COBERTURA DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS DE SAÚDE REALIZADOS POSTERIORMENTE A EXCLUSÃO DO BENEFICIÁRIO DO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL, A SEU REQUERIMENTO

Elizabeth Cristina Pereira Morbeck, Gestora de Serviços de Saúde/UFMG, Pós-graduada em Compliance e Governança Corporativa/PUC Minas.

Isabella Borba Vilela Borges. Advogada/Milton Campos, Pós-graduada em Direito do Trabalho e Previdenciário/FUMEC, Gestão de Saúde e Administração Estratégica/Estácio de Sá.

Rafaela de Souza Fortes Silva, Bacharel em Direito/PUC Minas.

Valquíria Ferreira de Faria, Advogada/PUC Minas e Pós-graduada em Direito Tributário/PUC Minas.

INTRODUÇÃO: A Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em 10 de novembro de 2016, editou a Resolução Normativa – RN nº 412, que dispõe sobre a solicitação de cancelamento do contrato do plano de saúde individual ou familiar, e de exclusão de beneficiário de contrato coletivo empresarial ou por adesão. Embora a Autarquia tenha regulamentado o cancelamento do contrato de plano de saúde por solicitação do titular, faz-se necessário perquirir o âmbito de aplicação do normativo e os efeitos produzidos a partir da solicitação do beneficiário titular de exclusão do plano de saúde coletivo empresarial. **OBJETIVO:** Demonstrar quais situações estão abarcadas pela RN nº 412/2016 e os efeitos da solicitação de exclusão do beneficiário do plano de saúde coletivo empresarial, a luz do entendimento da ANS. **REFERENCIAL TEÓRICO:** A RN nº 412/2016 tem como finalidade regulamentar a solicitação de cancelamento do contrato do plano de saúde individual ou familiar, e de exclusão de beneficiário de contrato coletivo empresarial ou por adesão, por vontade do consumidor, como esclarece Karla Santa Cruz Coelho (BRASIL, 2016) citada pela ANS (ANS,2016): *“Essa normativa regulamenta as formas de rescisão unilateral dos contratos de plano de saúde a pedido do beneficiário titular. Tem por finalidade conferir ao consumidor maior clareza, segurança e previsibilidade no processo de cancelamento de plano de saúde ou exclusão de dependente ao estipular um regramento específico para cada tipo de contratação, definir responsabilidades das partes envolvidas, obrigar as operadoras a emitirem comprovante de ciência do pedido de suspensão, seguido do comprovante de efetivo cancelamento, além de determinar os prazos para entrega de tais comprovantes”*. O normativo é aplicável a solicitação de cancelamento ou exclusão que ocorra por vontade do titular, não se aplicando as demais hipóteses de exclusão do beneficiário do plano de saúde como, por exemplo, perda elegibilidade, inadimplência, entre outros, como esclareceu a ANS no FAQ sobre a referida norma:1. *“Qual é o objeto de regulamentação da RN nº 412/2016? R: A RN 412 regulamenta o cancelamento do contrato de plano de saúde individual ou familiar e a exclusão de beneficiário de contrato de plano de saúde coletivo empresarial ou por adesão, a pedido do titular do contrato. Entende-se que cancelamento/exclusão a pedido somente ocorra por vontade do titular. Sendo assim, não estão incluídos no escopo desta norma os casos de cancelamento/exclusão por: óbito, fraude, inadimplência, perda de vínculo de dependência, perda de elegibilidade, dentre outros¹”*. Recebida a solicitação de cancelamento pela Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde a *“exclusão tem efeito imediato”*. (BRASIL, 2016). Vale destacar, ainda, que *“as despesas decorrentes de eventuais utilizações*

¹ Disponível em: https://www.capesesp.com.br/c/document_library/get_file?uuid=0af3223f-a78b-4874-af59-458cd0dafac0&groupId=10156 . Acesso em: 18/07/2022.

dos serviços pelos beneficiários após a data de solicitação de cancelamento ou exclusão do plano de saúde, inclusive nos casos de urgência ou emergência, correrão por sua conta”. (BRASIL, 2016). **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo bibliográfico e documental, cuja pesquisa foi fundamentada na legislação de saúde suplementar e posicionamentos manifestados pela ANS em seu Portal Institucional. A pesquisa obteve resultados científicos conclusivos e aplicáveis no âmbito da saúde suplementar. **DISCUSSÃO E RESULTADOS:** Primeiramente, impede esclarecer que a RN nº 412/2016 se aplica apenas aos contratos que foram celebrados após 1º de janeiro de 1999, ou que foram adaptados à Lei nº 9.656. Além disso, o referido normativo somente é aplicável a solicitação de cancelamento ou exclusão que ocorra por vontade do titular, não se aplicando as demais hipóteses de exclusão do beneficiário do plano de saúde como, por exemplo, perda elegibilidade, inadimplência, entre outros. Ocorre que, embora não esteja expresso na norma, a nosso ver a RN nº 412/2016 também é aplicável a hipótese de encerramento do contrato de trabalho a requerimento do empregado, beneficiário titular do plano de saúde. Isto porque, ao pedir demissão da pessoa jurídica contratante, o beneficiário titular tem ciência de que perderá o direito ao plano de saúde, o qual trata-se de verdadeiro benefício trabalhista, cujo empregado tem direito apenas enquanto perdurar o vínculo empregatício. Significa dizer que o beneficiário titular, quando solicita sua demissão, renúncia, conscientemente e expressamente, ao direito ao plano de saúde. Portanto, o pedido de demissão equivale a verdadeira solicitação de exclusão do beneficiário do plano de saúde a pedido do beneficiário titular, razão pela qual não há dúvidas quanto a incidência da RN nº 412/2016 neste caso. Registra-se, ainda, que a solicitação de exclusão do plano de saúde coletivo empresarial pelo beneficiário titular tem efeito imediato a partir da ciência da Operadora, conforme previsto no §3º, do art. 7º, e inciso II, do art. 15, ambos da RN nº 412/2016 da ANS. Ademais, o inciso IV, do art. 15, da aludida Resolução estabelece que as Operadoras não estão obrigadas a arcar com as despesas de procedimentos que venham a ser realizados após a solicitação de cancelamento/exclusão do contrato, ainda que tenham sido autorizados na vigência do contrato. Este inclusive é o entendimento manifestado pela ANS no FAQ da RN nº 412/2016 e na Central de Atendimento ao Consumidor, Perguntas e Resposta, disponíveis em seu Portal na Internet, vejamos: “30. *Se o beneficiário pediu o cancelamento/exclusão do seu contrato de plano de saúde e, em data anterior ao pedido de cancelamento, tenha havido solicitação de procedimento médico ainda não realizado, mas já autorizado pela operadora, esta deverá cobrir o procedimento solicitado? R: Tendo em vista o efeito imediato do pedido de cancelamento/exclusão realizado pelo beneficiário, qualquer atendimento em data e hora posterior à solicitação do cancelamento/exclusão ocorrerá às suas expensas, mesmo que o procedimento médico tenha sido autorizado pela operadora em data anterior à data de solicitação do cancelamento/exclusão do contrato.*² *Posso realizar um procedimento médico (cirurgia, exame, etc.), previamente agendado e já autorizado pela operadora, após o pedido de solicitação do cancelamento/exclusão? R: O seu pedido de cancelamento ou exclusão tem EFEITO IMEDIATO, a partir da ciência da operadora/administradora. Após a data e horário da sua solicitação de cancelamento ou exclusão do contrato, você não está mais coberto pelo seu plano de saúde, logo qualquer utilização do plano (exame, cirurgia, etc.), mesmo já autorizada pela operadora, ocorrerá por conta do beneficiário*³”. Desse modo, a Operadora não está obrigada a arcar com custos de procedimentos realizados após ciência da solicitação de exclusão do beneficiário do plano de saúde a pedido do beneficiário titular, mesmo que

² Disponível em:

https://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2017_comite_estrutura_produtos/FAQ_RN-412-DEZEMBRO-2017.pdf%20. Acesso em: 18/07/2022.

³ Disponível em:

https://www.ans.gov.br/aans/index.php?option=com_centraldeatendimento&view=pergunta&resposta=1621&historico=29884905. Acesso em: 18/07/2022.

tenham sido autorizados na vigência do contrato. **CONCLUSÃO:** Ante todo o exposto, conclui-se que nos casos em que o beneficiário titular solicitar a exclusão do plano de saúde ou a exclusão for em razão do encerramento do contrato de trabalho a pedido do empregado, mesmo que o procedimento médico tenha sido autorizado na vigência do contrato, não há obrigatoriedade de cobertura caso venha a ser realizado após a ciência da Operadora do pedido de exclusão do plano de saúde. Não obstante, a ANS consignou que a RN nº 412/2016 não se aplica a outras hipóteses de cancelamento do plano de saúde, de modo que a conclusão acima não é aplicável nos casos de perda de elegibilidade, inadimplência, entre outros. Portanto, nestes casos, os custos de eventuais procedimentos médicos autorizados durante a vigência contratual e realizados após a rescisão contratual, deverão ser arcados pelas Operadoras. Por fim, ressalta-se que a exclusão de beneficiário de plano de saúde em desacordo com regulamentação da ANS, configura-se um risco e poderá acarretar a aplicação da penalidade prevista no artigo 100 da RN nº 489/2022.

PALAVRAS-CHAVE: Plano de saúde; Beneficiário; Exclusão.

REFERÊNCIAS

ANS regulamenta o pedido de cancelamento de plano de saúde. **Gov.br**, 2016 Disponível em <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/consumidor/3609-ans-regulamenta-o-pedido-de-cancelamento-de-plano-de-saude> . Acesso em 03.09.2022.

Central de Atendimento ao Consumidor, Perguntas e Resposta da ANS. Disponível em: https://www.ans.gov.br/aans/index.php?option=com_centraldeatendimento&view=pergunta&resposta=1621&historico=29884905. Acesso em 17 de jul. de 2022.

FAQ – Resolução Normativa nº. 412 de 2016. Disponível em: https://www.capesp.com.br/c/document_library/get_file?uuid=0af3223f-a78b-4874-af59-458cd0dafac0&groupId=10156 Acesso em 17 de jul. de 2022.

Lei nº. 9.656 de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm . Acesso em 17 de jul. de 2022.

Resolução Normativa nº. 412 de 2016. Dispõe sobre a solicitação de cancelamento do contrato do plano de saúde individual ou familiar, e de exclusão de beneficiário de contrato coletivo empresarial ou por adesão. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao>. Acesso em 17 de jul. de 2022.

Resolução Normativa nº. 489 de 2022. Dispõe sobre a aplicação de penalidades para as infrações à legislação dos planos privados de assistência à saúde. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao>. Acesso em 17 de jul. de 2022.

DESAFIOS DA CONSTRUÇÃO DE PARCERIAS DE UM ESTUDO CLÍNICO QUE AVALIA A EFICÁCIA DOS ÓLEOS ESSENCIAIS NA REDUÇÃO DE ANSIEDADE, ESTRESSE, QUALIDADE DO SONO E TABAGISMO EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BELO HORIZONTE - MG

Wania Cristina da Silva; Doutorado em Medicamentos e Assistência Farmacêutica - UFMG; Professora convidada do Departamento de Medicina Social e Preventiva da UFMG- Faculdade de Medicina

Vanessa de Almeida, Doutorado em Ciências na FSP-USP; Docente da UFMG- Departamento de Gestão em Saúde

Alejandra Pacheco Ordaz; Mestrado em Ciências em Química de Produtos Naturais; Sr. Manager of Product Development em Young Living Essential Oils

Mery Natali Abreu - Doutora em Epidemiologia, Professora Associada Nível II da UFMG do Departamento de Gestão em Saúde, Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais

RESUMO

INTRODUÇÃO. O mundo tem sido cada vez mais exigente em relação à saúde integrativa. No Brasil, por meio da implementação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNICS), a prática da Aromaterapia foi reconhecida em 2018 como uma das PICS incorporadas ao SUS. Nesse sentido, a oportunidade de implementar estudos científicos que comprovem sua eficácia e segurança são imprescindíveis de serem realizados. A aromaterapia tem sido oferecida como suporte terapêutico à comunidade em geral, além de ser uma estratégia importante de cuidado emocional aos profissionais de saúde. Dados dos departamentos médicos das instituições de saúde, têm revelado aumento dos afastamentos de profissionais nos últimos anos devido ao estresse, ansiedade e perda da qualidade do sono. A empresa fornecedora dos óleos essenciais deve ser conhecida por sua alta qualidade e seriedade em toda a cadeia logística dos processos desde o cultivo, obtenção dos óleos essenciais, até chegar ao consumidor final com a garantia de pureza e potência do produto químico constituintes dos óleos essenciais. Para o desenvolvimento de um estudo clínico, a construção de parcerias para melhorar o acesso a um uso seguro de óleos essenciais é fundamental para o sucesso da construção de evidências científicas robustas. **OBJETIVO.** Relatar os desafios da construção de parcerias de um estudo clínico de avaliação da eficácia da aromaterapia. **REFERENCIAL TEÓRICO.** A qualidade de um produto começa na aquisição dos seus insumos farmacêuticos, que devem apresentar, acima de tudo, qualidade. Através de um Programa de Qualificação (PQF) de Fornecedor pode-se obter insumos farmacêuticos confiáveis quanto sua qualidade e sempre obter a cada fornecimento produtos com as mesmas características físico-químicas e microbiológicas, o que é extremamente importante para a realização de estudos obrigatórios para fabricação de medicamentos, como por exemplo, a validação dos processos farmacêuticos. Um PQF deve-se primeiramente identificar, selecionar, avaliar o desempenho do fornecedor, estimular o desenvolvimento do fornecedor e então,

qualificar ou certificar o fornecedor utilizando uma ferramenta de avaliação da conformidade frequentemente utilizada para esta etapa do programa que é a auditoria. O departamento de Química Analítica deve criar diferentes métodos instrumentais para analisar cada um dos óleos essenciais oferecidos. Esses métodos avaliam a autenticidade dos óleos essenciais de forma a garantir que sejam óleos essenciais autênticos e puros. Métodos de cromatografia gasosa também foram desenvolvidos para detectar a presença de pesticidas em óleos essenciais. Depois de desenvolvidos os diferentes métodos no laboratório de química analítica, eles são transferidos para o departamento de controle de qualidade para testes de rotina quando as matérias-primas são recebidas de fazendas ou fornecedores externos, bem como testes de produtos acabados, ou seja, o óleo essencial ou mistura de óleos essenciais já engarrafados. Os instrumentos utilizados para as referidas análises de qualidade são cromatógrafo gasoso com detector de ionização de chama (CG-FID), espectrofotômetro infravermelho com transformada de Fourier (FTIR), cromatógrafo gasoso com espectrômetro de massa de razão isotópica (GC-IRMS), este último, não só nos dá a perfil químico dos óleos, mas também, podemos detectar se os compostos presentes nos óleos essenciais são naturais ou criados em laboratório. Com todas essas análises podemos avaliar se há alterações nos óleos essenciais principalmente devido à adulteração, mas também podemos rejeitar os óleos essenciais quando for detectado que eles não atendem as quantidades normais de compostos ativos naturalmente presentes nos óleos essenciais. **MÉTODO.** O relato de experiência foi dividido em quatro etapas conforme apresentado a seguir. Etapa 1 - Criação do Projeto de Extensão a partir da necessidade da oferta de PICS para os profissionais de Saúde do HC. Em 2018 o Departamento de Gestão em Saúde, juntamente com os técnicos da Unidade de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho- SOST do HC/UFMG, idealizaram um projeto de extensão intitulado: Atenção à Saúde do Trabalhador: Cuidando de quem cuida com as Práticas Integrativas e Complementares (SIEX 403330). Etapa 2 - Desdobrando do Projeto de Extensão em um projeto de pesquisa clínica de eficácia de uma das PICS. Aromaterapia foi a prática escolhida por ser mais fácil aplicação e com grande crescimento do uso familiar no Brasil. Etapa 3 - Identificar e selecionar fornecedores de óleos essenciais de grau terapêutico, ou seja, a Aromaterapia Científica, com o mínimo de evidências para adequação em procedimentos de pesquisa clínica em seres humanos a ser realizada dentro de universidade pública brasileira. Etapa 4- Busca do fornecedor com os requisitos e qualificação para o fornecimento dos OE grau terapeutico. Efetivação da parceria com contrato de fornecimento. Realizamos reuniões online com equipe e Comitê Científico da Empresa Internacional sediada em UTAH- USA. **RESULTADOS E DISCUSSÃO.** Os principais desafios identificados para a realização do estudo clínico foram a (1) construção da estratégia de busca na literatura sobre a efetividade nos desfechos propostos; (2) identificação dos óleos essenciais; (3) delineamento do ensaio clínico para óleos essenciais; (4) quantitativos de óleo essencial para utilização no estudo (5) definição das vias de administração do insumo; (6) dificuldade de identificação de local adequado para o fracionamento e (7) dificuldade de identificação do produto final com identificação codificada para a pesquisa clínica para a garantia do duplo cego. Os desafios para a seleção do fornecedor de óleos essenciais para ser utilizado em seres humanos estão listados a seguir: (1) controle de qualidade dos óleos com rastreabilidade desde a semente até o produto final; (2) apresentação dos laudos técnicos para garantir a qualidade do produto. E por último, os desafios para a efetivação da parceria internacional foram: (1) redação contrato de parceria internacional entre público e privado; (2) logística de fornecimento dos insumos. **CONCLUSÃO.** Embora exista uma farta oferta de aromaterapia familiar no contexto atual brasileiro, estamos certos da importância do ineditismo do trabalho por não existir um caminho já trilhado no viés científico no Brasil.

Após a realização desse estudo pretende-se desenvolver um segundo estudo sobre a avaliação comparativa da eficácia dos óleos canabinóides na redução da dor de pacientes com câncer.

PALAVRAS CHAVES: Aromaterapia; Ensaio Clínico; Eficácia.

REFERÊNCIAS

SVOBODA, K. P.; DEANS, S. G. Biological activities of essential oils from selected aromatic plants. *Internat. Symposium on Medicinal and Aromatic Plants* 390, p. 203-209), 1994.

DESAFIOS DA GESTÃO DAS PICS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: UMA PESQUISA DESCRITIVA

Cynthia Caroline C. Clemente, discente Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Coletiva, EEUFMG

Mery Natali S. Abreu, doutora em Saúde Coletiva, EEUFMG

Vanessa de Almeida, Docente do Curso de Bacharelado e Mestrado Profissional de Gestão de Serviços de Saúde, EEUFMG

Tatiane Soares Campos, acadêmica do Curso de Gestão de Serviços de Saúde, UFMG

RESUMO

INTRODUÇÃO: As PICS (Práticas Integrativas e Complementares em Saúde) são técnicas do cuidar tradicionais, caracterizadas por tecnologias de baixo custo, abordagem integral, enfoque no autocuidado e visão expandida do processo saúde/doença (BRASIL, 2006). No Brasil, a institucionalização das PICS como pauta de saúde pública, ocorreu com a aprovação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) (BRASIL, 2006). Atualmente a PNPIC contempla 29 tipos de PICS previstas para serem ofertadas no SUS (BRASIL, 2006; 2017). A intenção inicial da implementação das PICS através da PNPIC foi o fortalecimento dos princípios da integralidade e autonomia do usuário preconizados pelo SUS, mas ressalto aqui sua importância principalmente ao estimular a criação de alternativas de cuidado frente aos altos custos dos sistemas de saúde para responder aos reflexos da transição demográfica e epidemiológica (OMS, 2013). As práticas integrativas estão presentes em 15.955 serviços de saúde da RAS (Redes de Atenção à Saúde), sendo que a atenção primária é responsável pela maioria dos atendimentos utilizando PICS. Considerando o total de procedimentos realizados na média e alta complexidade, a auriculoterapia figurou como a prática mais realizada em 2019. Apesar da aprovação da PNPIC ter contribuído para aumentar a visibilidade dessas práticas e o número de serviços cadastrados para oferta-las, persistem entraves que repercutem na baixa institucionalização da política, como a inexistência de financiamento e carência de profissionais. Percebe-se a baixa oferta dessas práticas nos serviços de saúde, apesar de 61,7% de usuários afirmarem ter feito uso de pelo menos uma dessas práticas durante a pandemia (OBSERVAPICS, Fiocruz, 2021). Percebe-se que fatores sociais, econômicos e gerenciais contribuem negativamente para a oferta das PICS aos usuários de forma homogênea e eficaz. Diante deste problema surgiu a seguinte pergunta de pesquisa: quais são os principais entraves ao processo de implementação das PICS nos serviços de saúde? Pretende-se a partir dessa pergunta elencar as dificuldades em implementar tais práticas nos serviços de saúde pelos gestores e contribuir, através desse diagnóstico situacional, para a construção de possíveis soluções. **REFERENCIAL TEÓRICO:** As PICS são consideradas sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos cujas racionalidades consideram a visão integral do ser humano, não focado na doença, mas sim no indivíduo (OLIVEIRA, 2019; TELES, 2016; PNPIC, 2006). Como características desse tipo de cuidado encontra-se a integralização, a prevenção de doenças e a recuperação da saúde, utilizando tecnologias eficazes, tradicionais e seguras. (PNPICS, 2006). As terapias integrativas têm atraído cada vez mais a atenção de médicos e pesquisadores, bem como do público, do governo e da mídia (KOMINI, 2015). “As recomendações da OMS são enfáticas para que seus países membros elaborem políticas que considerem a oferta de PICS nos serviços públicos, e há um contexto mundial favorável para que elas ocorram.” (OLIVEIRA, 2019). A PNPIC abordou inicialmente a oferta de cinco PICS aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), fitoterapia, homeopatia, medicina tradicional chinesa/acupuntura, termalismo-crenoterapia e medicina antroposófica. A

partir de 2017 foi ampliada através de Portarias e hoje conta com 29 práticas, entre elas, aromaterapia, reiki, apiterapia, ayurveda, florais de Bach, entre outras. As PICS são ofertadas majoritariamente na Atenção Primária, desempenhando um papel de cuidado na prevenção e reabilitação dos indivíduos, sendo mais utilizadas como tratamento complementar, principalmente em tratamentos para alívio da dor. No Brasil as regiões que mais possuem estabelecimentos com ofertas de PICS são a região nordeste e sudeste respectivamente (BRASIL, 2020) De acordo com Tesser e Souza (2017) a implementação das PICS no SUS tem tido pouco apoio, refletido pelo baixo incentivo financeiro, poucos investimentos em formação e baixa avaliação e monitoramento. O modelo de financiamento das PICS atualmente está atrelado ao bloco de financiamento de média e alta complexidade, sendo uma maneira controversa de repasse uma vez que ele ocorre com maior expressão na Atenção Primária (SOUSA; TESSER, 2017). **OBJETIVO:** o objetivo principal desse artigo é elencar dificuldades encontradas por gestores e comunidade na implementação das PICS nos serviços de saúde apresentando um cenário claro onde futuras pesquisas poderão se embasar. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa realizada entre maio e setembro de 2022. Para a coleta dos dados utilizou-se como técnica a estratégia de busca bibliográfica. Para a busca foram utilizadas as bases: BVS e Scopus, com combinações dos seguintes descritores em inglês e português: traditional medicine; complementary therapies; public policies; Brazilian health policy, medicina tradicional; terapias complementares; políticas públicas; política de saúde brasileira, SUS. Os critérios de inclusão foram artigos publicados nos últimos 10 anos, texto integral disponível em formato eletrônico, gratuito e redigido em português; ser compatível com no mínimo um dos objetivos da pesquisa. Foram selecionados 74 artigos na BVS e 1 artigo na Scopus, totalizando 75 artigos. Excluídos 61 artigos devido duplicidade e não atendimento dos critérios propostos. Para a análise e posterior síntese dos 14 artigos escolhidos foi utilizado um quadro sinóptico onde foram elencados os fatores que apontavam as fragilidades. Depois da leitura e análise, esses fatores foram divididos em categorias tais como organizacionais, educacionais, econômicas e gerenciais; formação profissional; conhecimento, acesso e aceitação de usuários em relação às PIC e conhecimento de profissionais e gestores em relação à PNPIC. Não foi realizada nenhuma intervenção do pesquisador, apenas síntese dos principais achados. **RESULTADO/DISCUSSÃO:** Na leitura dos artigos e documentos relacionados à cobertura das PICS no território brasileiro percebe-se que as diversas publicações do Ministério da Saúde ressaltam o crescimento e a expansão das PICS. Porém a maioria dos autores e profissionais da saúde que atuam na atenção primária apontam que essa ampliação não significou institucionalização das PICS e sustentabilidade política e econômica. Na fase de elaboração deste referencial teórico observamos múltiplos aspectos que impactam negativamente na gestão das PICS no SUS, sejam elas, organizacionais (múltiplas divisões de equipes de saúde dentro do mesmo território: ESF, NASF ou UBS para referenciar em demanda espontânea ou referenciada do usuário às PICS); laborais (profissionais biomédicos do próprio serviço atuando como terapeutas- via profissionais híbridos, escassez de profissionais habilitados); políticos e econômicos (vários atos normativos foram publicados permitindo o acompanhamento e o monitoramento via tabela de procedimentos do SUS, mas não agrega recurso financeiro ao registro); hegemonia do paradigma biomédico (que gera resistência da entrada de racionalidades externas à biomedicina), e desafios teóricos- metodológicos(estudos em custo-efetividade, busca de evidências científicas, escassez de pesquisas bem fundamentadas), entre outros(TESSER, SOUZA, 2017; SILVA E SOUZA, 2020; LUZ E BARROS, 2012). Dos 14 artigos selecionados, 07 artigos apontaram como dificuldades de implantação das PICS a precariedade do ensino e pesquisa nessa área; 05 relacionaram as dificuldades como gerenciais (um deles apontou como principal desafio o desconhecimento dos gestores); 03 apontaram o modelo de financiamento e a hegemonia do modelo biomédico como desafios às PICS; e 02 apresentaram

desafios sociais e falta de capacitação como dificultadores. Destaco que alguns desses artigos apresentaram mais de dois fatores em sua construção. Sistematizar e disseminar achados que podem contribuir para a inserção dessas práticas e políticas que incentivem a pesquisa e formação nesta área contribuiriam também para o pluralismo terapêutico no SUS. **CONCLUSÕES:** As limitações deste estudo estão na metodologia utilizada e o propósito/objetivo de cada pesquisa. Apesar disso, o principal objetivo desse estudo foi atingido. Diversas publicações mostram o olhar atento dos profissionais e estudiosos na área de saúde integrativa e suas preocupações acerca da institucionalização dessas práticas no SUS. O objetivo secundário foi oferecer uma reflexão para a construção de soluções a partir das dificuldades encontradas e embasamento para pesquisas futuras que estabeleçam prioridades na construção de estratégias para minimizar ou modificar essas dificuldades. Apesar desses dificultadores categorizados limitarem o avanço das PICS, percebe-se o empenho de muitos profissionais em oferecer essa forma de saúde e cuidado, distintas do modelo convencional, aos usuários do SUS.

PALAVRAS-CHAVE: PICS; Gestão; Política de Saúde Brasileira

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Ampliação da PNPIC. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/informe_pics_mai2017.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Brasília: Ministérios da Saúde, 2006.

LUZ, M. T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, v. 15, sup. p. 145-176, 2005.

OBSERVAPICS. Observatório Nacional de Saberes e Práticas Tradicionais, Integrativas e Complementares em Saúde. **Caderno cuidado integral na Covid-19. Aromaterapia: o poder das plantas e dos óleos essenciais. Aromaterapia, autocuidado em tempos de coronavírus.** Pernambuco: Fiocruz, 2021.

OMS. World Health Organization. **WHO traditional medicine strategy: 2014-2023.** Geneva: World Health Organization; 2013

SANTOS, M. C.; TESSER, C. D. Um método para a implantação e promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 3011-3024, nov. 2012.

SILVA, G. K. F. DA et al. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares: trajetória e desafios em 30 anos do SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 1, 2020.

SOUZA, Islândia Carvalho et al. **Experiências e reflexões sobre medicinas tradicionais, complementares e integrativas em sistemas de saúde nas Américas.**

Fiocruz/PE; ObservaPICS, 2021. p.83-99, Recife, 2021.

DESAFIOS DE UM ESTUDO PILOTO DE UM ENSAIO CLÍNICO SOBRE A AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DA AROMATERAPIA ENTRE TRABALHADORES DA SAÚDE DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EM BELO HORIZONTE

Patrícia Paula Dias de Sá – Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde, Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

Mery Natali Abreu - Doutora em Epidemiologia, Professora Associada Nível II da UFMG do Departamento de Gestão em Saúde, Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

Vanessa de Almeida – Doutora em Saúde Pública, Professora Associada Nível I da UFMG do Departamento de Gestão em Saúde, Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

Wânia Cristina da Silva; Doutora em Medicamentos e Assistência Farmacêutica - UFMG; Professora convidada do Departamento de Medicina Social e Preventiva da UFMG- Faculdade de Medicina.

RESUMO

As Práticas Integrativas e Complementares (PICs) contemplam sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos como um componente importante da assistência à saúde através da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) (BRASIL, 2006). A partir dessa política, o Ministério da Saúde passou a ofertar um rol de 29 práticas integrativas, que auxiliam as abordagens de cuidado e responsabilidades terapêuticas para os usuários, garantindo maior integralidade e resolutividade da atenção à saúde. Dentre elas, a aromaterapia, que consiste no uso internacional de concentrados voláteis extraídos de vegetais a fim de promover ou melhorar a saúde, o bem-estar e a higiene (BRASIL, 2018). A aromaterapia tem sido usada há milhares de anos, mas existem poucos estudos que demonstram sua eficácia para o tratamento da redução dos níveis de estresse, da ansiedade, da vontade de fumar e na melhora da qualidade do sono. Somado a isso e a Carvalho *et al.*, 2012, que o trabalho é fundamental ao ser humano e que influencia diferentes formas em cada área da vida, inclusive a saúde, tem-se a relevância da realização deste estudo piloto. Desta forma, ao considerar a complexidade das atribuições dos profissionais de saúde e dos desencadeadores da ansiedade, do estresse, da fissura em fumar e da má qualidade do sono, a finalidade deste estudo será divulgar a organização de um estudo piloto sobre a avaliação da eficácia da aromaterapia na redução desses sintomas e na melhora na qualidade do sono entre profissionais da saúde de um hospital universitário de Belo Horizonte. O termo Medicinas Complementares ou Práticas Integrativas e Complementares (PICs) é utilizado pela Organização Mundial de Saúde para descrever o conjunto de práticas e ações terapêuticas que não estão presentes na biomedicina (Lima, K.M.S *et al.*; 2014). As PICs foram institucionalizadas no Sistema Único de Saúde (SUS) por intermédio da Política Nacional de Prática Integrativa e Complementares (PNPIC), aprovada por meio de Portaria GM/MS nº 971, de 3 de maio de 2006. Tais práticas se baseiam em um modelo de cuidado humanizado, centrado no sujeito e promotor da autonomia do cuidado, além de atuarem e valorizarem a prevenção, promoção, manutenção e recuperação (BRASIL, 2015). Posterior a aprovação de 2006, o Ministério da Saúde realizou ampliação das práticas, com a inclusão em 2018 da arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropaxia, reflexoterapia, reike, shantala, terapia comunitária

integrativa e yoga, e em 2018, inseriu mais 10 práticas, tais como, a apiterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição das mãos, ozonioterapia, terapia de florais e a aromaterapia, esta última, o cerne deste trabalho. A palavra aromaterapia foi criada pelo químico René Maurice Gattefossé (1881-1950), que enquanto trabalhava em seu laboratório, sofreu queimadura em uma das mãos. Na intenção de cessar a dor, instintivamente, usou um pouco de óleo de lavanda que resultou na recuperação do tecido lesionado em pouco tempo, daí foram iniciados os estudos por ele sobre a aromaterapia. No campo das terapias biológicas, a aromaterapia constitui-se como uma técnica baseada no uso de óleos essenciais de plantas aromáticas administrados por via dérmica ou olfativa que visa à promoção da saúde física e mental (BRASIL,2018). Os óleos essenciais que podem ser extraídos de frutas, sementes, folhas, flores e ervas, possuem finalidades antisséptica, cicatrizante, ansiolítica, analgésica entre outras aplicações (Paviani *et al.*, 2019), sendo muito usados como terapia complementar nos transtornos de ansiedade, que tem sido cada vez mais frequente na sociedade em que vivemos. Um dos fatores de causas de ansiedade, de estresse, má qualidade do sono e aumento da vontade em fumar, é o ambiente de trabalho, e especificamente as atividades a serem desempenhadas pelos profissionais de saúde. No ambiente hospitalar (Montenegro L.C. *et al.*,2016), tem sido evidenciado diferentes e complementares estressores, visto que a tensão natural exigida pelo fato de se trabalhar com a vida das pessoas – com a complexidade que permeia as possibilidades de cura e com os temores de um agravamento e morte – fragiliza os que precisam desse serviço e aqueles que nele atuam. Posto alguns dos potencializadores que danificam a integridade física e psíquica dos profissionais de saúde, nota-se a importância em encontrar artifícios que propiciem a recomposição da saúde mental. Para a execução do projeto piloto, preliminarmente foi efetuado o levantamento da quantidade de profissionais lotados nas unidades participantes, bem como a análise das jornadas de trabalho a fim de elaboração das escalas de intervenção da aromaterapia. Este estudo-piloto experimental, será do tipo ensaio clínico controlado, randomizado e duplo-cego, a ser desenvolvido em um hospital universitário com a primeira proposta de participação de 35 profissionais de saúde que atendam os seguintes critérios de inclusão: possuir vínculo celetista, atuar na unidade de oftalmologia e otorrinolaringologia e aceitar participar da pesquisa. Serão considerados critérios de exclusão trabalhadoras gestantes, profissionais que sairão de férias ou licença durante o período da pesquisa, profissionais que iniciaram tratamento com medicamentos alopáticos para ansiedade e/ou antidepressivos e profissionais que iniciaram terapias cognitivas e/ou complementares durante a pesquisa. Porém não serão excluídos aqueles que já realizavam a terapia psicológica, com a condição de que o tratamento continue normalmente durante a execução da pesquisa. Os participantes sorteados por meio de amostragem aleatórias simples, serão convidados a participar da pesquisa por um estudante voluntário, devidamente treinado, que explicará todos os procedimentos a serem realizados, bem como os riscos e benefícios do estudo. No caso do aceite, o participante deverá assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e ser informado que ele terá 50% de chance de estar utilizando o óleo essencial de Manjerona ou *Peace and Calm* para a redução de ansiedade, do estresse e na qualidade do sono (Grupo Intervenção) e 50% de chance de estar utilizando um placebo, o óleo vegetal de coco diluído em álcool (Grupo Controle). Após a aplicação dos questionários, será iniciada a aromaterapia conforme escala de aplicação de cada participante. Os questionários (inventário e índice) serão reaplicados novamente no 21º dia e no último dia de intervenção, a fim avaliar se houve alterações nos níveis de ansiedade, estresse, na qualidade do sono, antes e após as intervenções. Por intermédio da investigação, foram selecionados os questionários validados: Inventário de Ansiedade Traço-Estado que avalia a tendência do sujeito a responder de forma ansiosa as situações de vida, Inventário de Sintomas de Stress que permite avaliar os sintomas de estresse, Índice da Qualidade do Sono que visa fornecer um padrão confiável e válido de parâmetros do sono. A intervenção será realizada no

ambiente de trabalho do profissional, ao início e a ao término do turno de trabalho, diariamente, exceto nos finais de semana e feriados, por um período de 2 meses consecutivos, por um estudante voluntário, capacitado por uma farmacêutica, que orientará os participantes a permanecerem com as máscaras sem trocar, pelo menos, durante 30 minutos. Para comparação das variáveis desfecho ao longo das avaliações da intervenção, bem como entre grupos controle e experimental será utilizada uma Análise de Variâncias (ANOVA) para Medidas Repetidas com 2 fatores (medidas nos três períodos de avaliação e grupo experimental x controle), considerando o nível de 5% de significância e utilização do software SPSS versão 21.0. Após o estudo piloto citado e com a realização dos ajustes identificados, será realizado o estudo quase-experimental do tipo antes e depois para avaliar a eficácia da aromaterapia na redução da fissura em fumar de trabalhadores assistenciais que atuam no Pronto Atendimento e CTI adulto/infantil de um hospital universitário (n=180) com a inclusão do Teste de Dependência do Tabaco de Fargerström. Os fumantes serão divididos em dois grupos: um receberá um rollon do óleo essencial de pimenta preta e será orientado a aplicar o rollon nos pulsos ou palma das mãos e inalar durante 3 minutos, no momento da fissura para fumar; o outro grupo receberá um rollon de óleo de essencial de angélica que também deverá ser utilizado no momento de fissura para fumar. Conforme o projeto piloto, o Teste de Dependência do Tabaco de Fargerström será reaplicado novamente no 21º dia e no último dia de intervenção, a fim avaliar se houve mudança na vontade de fumar. E por fim, também será realizada análise descritiva de todas as variáveis analisadas por meio de medidas de tendência central e variabilidade, bem como tabelas de distribuição de frequências, considerando o nível de 5% de significância, com utilização do software SPSS versão 21.0. Apesar da utilização dos óleos essenciais ser milenar, os estudos técnicos referente aos benefícios da aromaterapia à saúde humana ainda são escassos. E sendo o Brasil como promissor nessa temática, almeja-se com este estudo piloto de um ensaio clínico, proporcionar premissas científicas se a aromaterapia propicia o bem-estar físico e mental.

PALAVRAS CHAVES: PICS; aromaterapia; estudo clínico.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 702, de 21 de março de 2018.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Glossário temático: práticas integrativas e complementares em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

CARVALHO, Brígida Gimenez et al. Trabalho e intersubjetividade: reflexão teórica sobre sua dialética no campo da saúde e enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, p. 19-26, 2012

LIMA KMS, Silva KL, Tesser CD. Práticas integrativas e complementares e relação com promoção da saúde: experiência de um serviço municipal de saúde. **Interface (Botucatu)**. 2014 jun;18(49):261-72.

MONTENEGRO LC, Renno HMS, Caram CS, Brito MJM. Problemas éticos na prática de profissionais de saúde em um hospital escola. **Av Enferm.** 2016;34(3):226-35.

PAVIANI, B. A. Trigueiro, T. H., & Gessner, R. (2019). O uso de óleos essenciais no trabalho de parto e parto: revisão de escopo. **Rev Min Enferm**, 23:e-1262.

ESGOTAMENTO, SATISFAÇÃO PROFISSIONAL E ABSENTEÍSMO- DOENÇA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Carla Patrícia Antunes Gontijo; Mestranda; Universidade Federal de Minas Gerais.

Maria Odete Pereira; Doutora; Universidade Federal de Minas Gerais.

Silmar Maria da Silva; Doutora; Universidade Federal de Minas Gerais.

Michele Nunes Mesquita; Acadêmica; Universidade Federal de Minas Gerais.

RESUMO

Satisfação profissional, síndrome de *burnout* ou Esgotamento Profissional e absenteísmo têm sido temas frequentes de estudos científicos da área de saúde e nos locais de trabalho, considerando sua importância na saúde humana e resultados nas organizações. Esta revisão teve como objetivo identificar as produções científicas em nível nacional e internacional que versam acerca do esgotamento, satisfação profissional e absenteísmo-doença no âmbito hospitalar, identificando metodologias utilizadas para avaliação desses constructos e resultados encontrados. A satisfação profissional, de acordo Silva e Potra (2017), é uma das variáveis do comportamento organizacional mais discutida nas organizações e reflete os sentimentos do profissional em relação ao seu trabalho. O ambiente de trabalho tem uma influência na satisfação profissional, e que esta tem influência em outras dimensões importantes do comportamento organizacional, como: compromisso organizacional; desempenho profissional; intenção de abandonar o emprego ou a profissão; rotatividade; estresse; *burnout*; conflito trabalho-família e; qualidade dos cuidados. As práticas de gestão e o suporte estrutural foram os principais fatores percebidos como relacionados à satisfação profissional. Já a síndrome de *burnout* é uma síndrome conceituada como resultante do estresse crônico no local de trabalho, que não foi gerenciado/administrado com sucesso, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (2019). É reconhecida como um problema de saúde pública, por sua associação às consequências, não apenas para a saúde (como a depressão), como também socioeconômicas (absenteísmo, rotatividade e aumento de gastos previdenciários), conforme Vieira e Russo (2019). O absenteísmo (ou ausência ao trabalho) pode ser um parâmetro para o bem-estar físico e psicológico dos profissionais de saúde e uma medida importante para verificar o desempenho dos sistemas de saúde (BELITA; MBINDYO; ENGLISH, 2013). Em revisão de literatura realizada por Paiva et al. (2020), considerou-se que o absenteísmo-doença tem etiologia multifatorial, tendo origem em fatores individuais, interpessoais, ambientais e/ou organizacionais, e pode estar relacionado ao cargo ou à função. Isso demonstra que absenteísmo-doença pode estar relacionado ao ambiente de trabalho e também a fatores biológicos, psicológicos e psicossociais. Realizou uma revisão integrativa da literatura, que de acordo com Ercole, Melo e Alcoforado (2014) tem como propósito sintetizar de forma sistemática, ordenada e abrangente os resultados obtidos em pesquisas sobre um determinado assunto ou questão norteadora. Baseou-se nas seguintes etapas: elaboração da questão norteadora; definição dos critérios de inclusão e exclusão dos artigos; definição das informações a serem tiradas dos artigos selecionados; descrição dos resultados. A questão que norteou esta revisão foi: quais são os referenciais teóricos aplicados para esgotamento, satisfação profissional e absenteísmo-doença no âmbito hospitalar? A busca bibliográfica limitou-se a artigos científicos publicados a partir de 2017. A coleta de dados nas bases foi realizada em junho de 2022. A seleção de artigos foi realizada nas bases LILACS e outras bases via Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (Acesso público), MEDLINE via PubMed (Acesso público), Embase (Acesso via Portal CAPES), *Cochrane Library* (Acesso público) e *Scopus* (Acesso via Portal CAPES) e *Web of Science* (Acesso via Portal CAPES). Foram utilizados os seguintes descritores dos Descritores Exatos em Ciências da Saúde (DeCS): Esgotamento

Profissional; *Burnout, Professional; Career Burnout; Occupational Burnout; Professional Burnout; Burnout; Job Satisfaction; Work Satisfaction; Absenteeism; Sick Leave; Hospitals; Personnel, Hospital; Hospital Work; Hospital Personnel*. A estratégia de busca foi "Esgotamento Profissional" OR "*Burnout, Professional*" OR "*Agotamiento Profesional*" OR "*Épuisement professionnel*" OR "Desgaste Profissional" OR "Estafa Ocupacional" OR "Estafa Profissional" OR "Estafa na Carreira" OR "Exaustão Profissional" OR "*Burnout Profissional*" OR "*Burnout Ocupacional*" OR "*Career Burnout*" OR "*Occupational Burnout*" OR "*Professional Burnout*" OR *Burnout*) AND ("Satisfação no Emprego" OR "*Job Satisfaction*" OR "*Satisfacción en el Trabajo*" OR "*Satisfaction professionnelle*" OR "Satisfação no Trabalho" OR "*Work Satisfaction*") AND (Absentéismo OR *Absenteeism* OR Absentismo OR *Absentéisme* OR Ausência OR "Licença Médica" OR "*Sick Leave*" OR "*Ausencia por Enfermedad*" OR "*Congé maladie*") AND (Hospitais OR *Hospitals* OR *Hospitales* OR *Hôpitaux* OR "Recursos Humanos em Hospital" OR "*Personnel, Hospital*" OR "*Personal de Hospital*" OR "*Personnel hospitalier*" OR "Trabalho em Hospitais" OR "*Hospital Work*" OR Hospital OR "*Hospital Personnel*"). Após aplicar a estratégia de busca, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: estudos publicados nos últimos cinco anos (2017 - 2022); em português, inglês ou espanhol; texto completo disponível de forma gratuita; estudo com discussão das variáveis definidas. Os resultados iniciais da busca nas bases de dados resultaram na localização de 44 artigos. Destes, não foi possível localizar o texto completo de 11 trabalhos, sendo excluídos da amostra. Para selecionar aqueles que atendiam aos objetivos desta revisão, foram lidos os títulos, resultando em 32 artigos. Em seguida, após a leitura dos resumos dos estudos, foram selecionados 22 artigos. Esses estudos selecionados foram lidos na íntegra, sendo excluídos 14 artigos que não atendiam aos objetivos desta revisão, resultando em oito artigos selecionados. Os oito artigos selecionados foram publicados no período de 2017 a 2022. Em 2017 e 2019 foram publicados dois artigos. Nos demais anos, foram publicados um artigo por ano. No quadro 1 (APENDICE 2), estão apresentados os artigos selecionados com informações segundo: título; ano de publicação; descritores; objetivos e metodologia. Todos os estudos selecionados foram internacionais. Os descritores mais utilizados nos estudos estão relacionados ao “*burnout*” ou “esgotamento”, sendo aplicados em cinco estudos. O segundo descritor mais utilizado foi “satisfação do trabalho”, utilizado em três artigos. A abordagem quantitativa está presente em todos os estudos. Apenas um estudo utilizou abordagem mista. As pesquisas quantitativas foram do tipo transversal, com predominância de análises correlacionais. Quanto à população estudada, três estudos foram realizados exclusivamente com médicos; dois estudos abordaram equipe multiprofissional; um estudo foi desenvolvido com médicos e enfermeiros; um estudo abordou farmacêuticos e um estudo teve como público apenas enfermeiros. Em relação ao procedimento de coleta de dados, todos os estudos utilizaram questionários autoaplicados. Cinco estudos utilizaram o *Maslach Burnout Inventory* (MBI); um estudo utilizou além do MBI, escalas para avaliar prevalência de estresse psicológico (*Perceived Stress Scale*; PSS-10), risco de depressão (*Harvard National Depression Screening Day Scale*; HANDS) e satisfação no trabalho (*Effort-Reward Imbalance scale*; ERI). Outro estudo utilizou o MBI e as escalas *Brief Resilience Scale* (BRS) e a *Jefferson Scale of Physician Empathy* (JSPE) para avaliar a resiliência e a empatia, respectivamente. Um estudo teve como instrumentos uma escala de satisfação no trabalho adaptada; *Copenhagen Burnout Inventory* adaptada para avaliar *burnout*; comprometimento organizacional e intenção de permanecer. Outro estudo utilizou o Questionário de Saúde Geral, Escala de Satisfação Geral no Trabalho e Escala de Engajamento no Trabalho de Utrecht. Foi possível observar, portanto, que a maioria dos estudos abordou a síndrome de *burnout* utilizando como instrumento o *Maslach Burnout Inventory*, com abordagens quantitativas e análise de correlação de variáveis. Os resultados podem demonstrar a lacuna na literatura científica sobre as variáveis pesquisadas.

PALAVRAS-CHAVE: Esgotamento profissional; Satisfação profissional; Absenteísmo-doença.

REFERÊNCIAS

BELITA, A; MBINDYO, P; ENGLISH, M. Absenteeism amongst health workers-developing a typology to support empiric work in low-income countries and characterizing reported associations. *Hum Resour Health*, v.11, p. 34-39, 2013. Disponível em: <https://human-resources-health.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1478-4491-11-34.pdf>. Acesso em 21 de maio de 2021.

ERCOLE, F. F.; MELO, L. S.; ALCOFORADO, C. L. G. C. Revisão Integrativa versus Revisão Sistemática. *Revista Mineira de Enfermagem*, n. 18, v.1, 2014. Disponível em: DOI: 10.5935/1415-2762.20140001. Acesso em 19 de setembro de 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *ICD-11 International Classification of Diseases 11th Revision*, 2019. Disponível em <https://icd.who.int/en/>. Acesso em 07 de setembro de 2020.

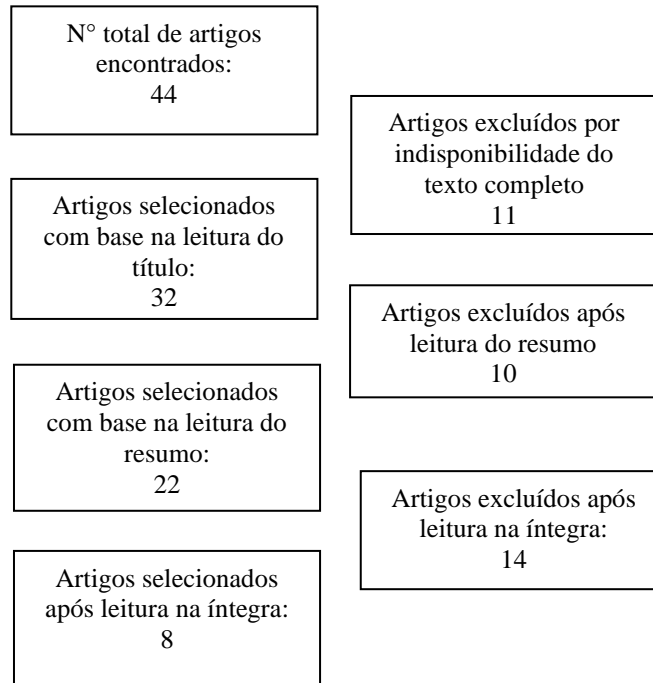
PAIVA, L.G. et al. Fatores associados ao absenteísmo-doença de trabalhadores da saúde: revisão de escopo. *Av. Enferm.*, v. 38, n. 2, p. 234-248, ago. 2020. Disponível em http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002020000200234&lng=en&nrm=iso. Acesso em 20 de maio de 2021.

SILVA, C. N.; POTRA, T. S. Satisfação profissional dos enfermeiros: uma revisão scoping. *Revista Pensar Enfermagem*, v. 21, n. 2, 2017. Disponível em: http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23709/1/Artigo3-Paginas33_50.pdf. Acesso em 15 de maio de 2021.

VIEIRA, I; RUSSO, J. Burnout e estresse: entre medicalização e psicologização. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 29, n. 2, e290206, 2019. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312019000200604&lng=en&nrm=iso. Acesso em 28 de janeiro de 2021.

APENDICE 1

Figura 1 – Fluxograma de seleção da amostra final dos artigos (n= 08) referente à busca em bases eletrônicas.



Fonte: Elaborado pela autora.

APENDICE 2

Quadro 1 - Descrição dos artigos que compuseram essa revisão

ID	TÍTULO	ANO	DESCRITORES	OBJETIVOS	METODOLOGIA
A1	<i>Burnout</i> entre os membros da Sociedade Francófona de Urologia Pediátrica e do Adolescente (SFUPA). Existem fatores de risco específicos?	2020	Esgotamento; Urologia Pediátrica; Sociedade francesa de urologia pediátrica e do adolescente; Fatores de risco.	Determinar a incidência de <i>burnout</i> entre os membros da Sociedade Francesa de Urologia Pediátrica e do Adolescente (SFUPA) e determinar quais fatores externos, como estado civil ou familiar, sexo, idade, tipo de prática ou crença religiosa, impactaram taxas de esgotamento.	Estudo quantitativo, transversal e analítico, <i>Survey online</i> anônimo. Instrumentos: versão francesa validada do <i>Maslach Burnout Inventory</i> – <i>Human Services Survey</i> (MBIHSS) de 22 itens. Questionário estruturado com outras variáveis.
A2	Fatores psicológicos sociais e sua relação com o estresse relacionado ao trabalho como efeito gerador do <i>burnout</i> .	2019	Motivação, Bem-estar no trabalho, Estresse, Saúde mental, Satisfação no trabalho.	Determinar a incidência de satisfação e motivação no estresse relacionado ao trabalho e aceitação do bem-estar nas salas de emergência de quatro hospitais complexos e dois hospitais com níveis mais baixos de atenção, em Medellín e Bogotá.	Estudo quantitativo, transversal e analítico. Instrumentos: <i>Maslach Burnout Inventory</i> de 22 itens adaptado. Questionário estruturado com outras variáveis.
A3	<i>Burnout</i> em médicos e enfermeiros belgas.	2017	<i>Burnout</i> ; demandas de trabalho; recursos de trabalho; enfermeiros; médicos.	Investigar a prevalência de <i>burnout</i> e sua associação com demandas de trabalho, recursos de trabalho, bem-estar individual, atitudes e comportamentos relacionados ao trabalho em médicos e enfermeiros de diferentes especialidades em hospitais belgas.	Estudo quantitativo, analítico, transversal multicêntrico de médicos e enfermeiros que trabalham em hospitais belgas. Instrumento: questionário eletrônico para avaliar demandas de trabalho (por exemplo, carga de trabalho), recursos de trabalho (por exemplo, autonomia) e indicadores de bem-estar, atitudes e comportamentos relacionados ao trabalho. A modelagem de equações estruturais foi usada para examinar as inter-relações entre variáveis explicativas e resultados.

(Continua)

(Continuação)

ID	TÍTULO	ANO	DESCRITORES	OBJETIVOS	METODOLOGIA
A4	<i>Burnout</i> entre os radiologistas portugueses durante a pandemia de COVID-19.	2021	Síndrome de <i>Burnout</i> ; COVID-19; Pesquisa de serviços humanos de inventário de <i>burnout</i> de <i>Maslach</i> ; Radiologistas	Avaliar o impacto da pandemia de COVID-19 na incidência de <i>burnout</i> entre os radiologistas portugueses.	Estudo transversal, quantitativo, analítico. Instrumento: <i>Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey</i> , composto por 22 questões. Questionário estruturado com outras variáveis. Os dados foram analisados descritivamente e os testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis foram utilizados para análise de correlação.
A5	Estresse, <i>burnout</i> , depressão e satisfação no trabalho entre os estagiários de anestesia do Reino Unido; uma análise quantitativa do estudo Satisfação e Bem-Estar no Treinamento Anestésico.	2019	Treinamento anestésico; esgotamento; bem-estar; estresse no trabalho; satisfação no trabalho	Determinar a prevalência de estresse percebido, risco de síndrome de <i>burnout</i> e depressão e satisfação no trabalho entre estagiários de anestesia no sudoeste da Inglaterra e País de Gales.	Estudo quantitativo, transversal e analítico. Instrumentos: Questionário estruturado para capturar características de linha de base, estilo de vida e variáveis de treinamento anestésico; prevalência de estresse psicológico (<i>Perceived Stress Scale</i> ; PSS-10 17), risco de <i>burnout</i> (abreviado <i>Maslach Burnout Inventory</i> ; <i>Human Services Survey</i> , aMBI-HSS 18, 19), risco de depressão (<i>Harvard National Depression Screening Day Scale</i> ; HANDS 20) e satisfação no trabalho (<i>Effort-Reward Imbalance scale</i> ; ERI 21).
A6	<i>Burnout</i> e resiliência entre farmacêuticos: um estudo de Cingapura.	2022	Pesquisa em serviços de saúde; assistência médica; cuidados com o paciente; farmacêuticos; esgotamento profissional; Cingapura.	Avaliar a prevalência e caracterizar os fatores de risco que podem estar associados ao <i>burnout</i> entre farmacêuticos em setores de atendimento ao paciente em Cingapura.	Estudo quantitativo, transversal, analítico. Instrumentos: <i>Maslach Burnout Inventory Human Services Survey</i> (MBI-HSS) foi usado para avaliar a prevalência de <i>burnout</i> no entrevistado; <i>Brief Resilience Scale</i> (BRS) e a <i>Jefferson Scale of Physician Empathy</i> (JSPE) para avaliar a resiliência e a empatia, respectivamente.

(Continua)

(Conclusão)

ID	TÍTULO	ANO	DESCRITORES	OBJETIVOS	METODOLOGIA
A7	Análise conjunta de comentários abertos e dados quantitativos: valor agregado em uma pesquisa de satisfação no trabalho de profissionais de hospital.	2017	Não descritos.	Obter uma compreensão abrangente das opiniões de profissionais de um hospital universitário da Suíça, realizando análises qualitativas dos comentários abertos incluídos em uma pesquisa de satisfação no trabalho e combinando com os resultados quantitativos.	Estudo com análises qualitativas assistidas por computador dos comentários abertos de pesquisa de satisfação transversal anônima. Instrumentos: escala de satisfação no trabalho adaptada; <i>Copenhagen Burnout Inventory</i> adaptada; comprometimento organizacional e intenção de permanecer; questionário sociodemográfico.
A8	Relações entre saúde geral, satisfação no trabalho, engajamento no trabalho e características do trabalho em enfermeiros que trabalham em um hospital público: um estudo transversal.	2018	Estado de saúde; características do trabalho; satisfação no trabalho; enfermagem; engajamento no trabalho.	Descrever as relações entre saúde, satisfação no trabalho, engajamento no trabalho e características do trabalho em enfermeiros espanhóis que trabalham em um hospital público.	Estudo descritivo, transversal, correlacional e comparativo. Instrumentos: questões sociodemográficas, Questionário de Saúde Geral, Escala de Satisfação Geral no Trabalho e Escala de Engajamento no Trabalho de Utrecht.

Fonte: Elaborado pela autora.

FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS ASSOCIADOS AO ÓBITO DE IDOSOS EM UM PRONTO-SOCORRO DE REFERÊNCIA PARA POLITRAUMATISMO DE MINAS GERAIS

Cristiano Inácio Martins. Mestre em Gestão de Serviços de Saúde. Universidade Federal de Minas Gerais.

Mirela Castro Santos Camargos. Doutora em Demografia. Universidade Federal de Minas Gerais.

Marina Dayrell de Oliveira Lima. Mestre em Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais.

Karla Rona da Silva. Doutora em Biomedicina. Universidade Federal de Minas Gerais.

RESUMO

Introdução: Conjuntamente ao acelerado envelhecimento populacional, observa-se a transição epidemiológica, modificando a representação de morbimortalidade. No Brasil, encontra-se um perfil de tripla carga de doenças, mantendo-se a ocorrência das infectocontagiosas, juntamente com um aumento da morbimortalidade por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e um expressivo aumento das causas externas (SILVA; PESSOA; MENEZES, 2016). Este aumento tem repercutido na organização do sistema de saúde em decorrência da elevação dos gastos com internações, superlotação dos serviços de urgência, morbidade e mortalidade, o que resulta em ônus social e econômico (BORDIN et al., 2018). As peculiaridades que o idoso possui, tais como grau de fragilidade, chances de infecções, sangramentos, instabilidades hemodinâmicas, maior sensação de dor e presença de comorbidades, comumente exigem cuidados específicos e mais intensivos, gerando novas demandas nos cuidados de saúde (SILVA; PESSOA; MENEZES, 2016; PHTLS, 2011). Assim, conhecer fatores sociodemográficos e clínicos associados ao óbito de pacientes idosos atendidos em prontos-socorros pode ser entendido como importante ferramenta estratégica para a gestão, fortalecendo o planejamento de políticas públicas e o processo de trabalho. **Objetivo:** Analisar os fatores sociodemográficos e clínicos associados ao óbito de pacientes idosos atendidos em um pronto-socorro referência para politraumatismo do Estado de Minas Gerais. **Referencial Teórico:** Uma das principais preocupações relacionadas ao envelhecimento são as comorbidades que acometem estes indivíduos. No Brasil, o processo de envelhecimento é acompanhado de fatores que interferem na qualidade de vida do idoso, consequentemente na morbimortalidade hospitalar (SILVA; SOUZA, GANASSOLI, 2017). O envelhecimento populacional traz consigo o aumento da prevalência das doenças crônico-degenerativas, principais causas de mortalidade e incapacidade em todo o mundo, o que amplia o risco para internação hospitalar. Para os serviços de saúde, as condições que as pessoas envelhecem têm impacto direto na busca pelo acesso e, hoje, muitos daqueles que ultrapassam a barreira dos 60 anos tiveram, ao longo de suas vidas, hábitos indesejáveis como a má alimentação, o sedentarismo, o tabagismo e o uso excessivo de bebidas alcoólicas (SILVA; SOUZA, GANASSOLI, 2017; BORDIN et al., 2018). A população idosa apresenta características particulares que refletem em maior tempo de hospitalização e chances aumentadas de agravamento, reinternação e óbito, contribuindo para a superlotação dos prontos-socorros e aumento dos custos em saúde (CHANG; SCHECTER, 2007). Idosos admitidos em serviços de urgências frequentemente envolvem pacientes que apresentam alterações de falência orgânica (cardíaca, pulmonar ou renal) que, em condições de estresse agudo, podem não apresentar respostas adequadas ao tratamento, criando situações com potencial de determinar pior desfecho clínico, evoluindo para óbito (SANTOS; RODRIGUES; DINIZ, 2017). Nessa perspectiva, o óbito hospitalar é utilizado indiretamente

como um dos indicativos de desempenho clínicos em vários países, sendo ainda a base de estudos secundários que avaliam fatores associados ao óbito (CORDEIRO; MARTINS, 2018). Método: Este estudo foi desenvolvido em um pronto-socorro de referência para politraumatismo do Estado de Minas Gerais. A coleta de dados foi realizada em fonte secundária, utilizando as informações contidas no prontuário eletrônico disponível no Banco de Dados do Sistema Integrado de Gestão Hospitalar (SIGH) institucional. Foram incluídas informações de pacientes com idade igual e superior a 60 anos, atendidos no período de 2015 a 2019. As variáveis investigadas foram: idade; sexo; estado civil; município de procedência; tipo de risco (segundo classificação de Manchester); motivo de entrada; CID primário; desfecho (alta, transferência, evasão e óbito) e tempo de permanência na unidade. Os dados foram armazenados em planilha do programa *Excel 2010®*, codificados e analisados no *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 19. A análise de regressão logística simples e multivariada foi o método estatístico selecionado para examinar a associação entre as variáveis estudadas e o desfecho óbito. Calculou-se o *Odds ratio (OR)* com seus respectivos intervalos de confiança de 95%. Valores de *p* menores que 0,05 foram considerados significativos. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o nº do CAAE 98627418.0.0000.5149, parecer número 3.082.692. Resultados e discussão: Entre 2015 e 2019 foram atendidos 11.306 idosos na unidade de pronto-socorro estudada. Verificou-se o predomínio do sexo masculino (52,79%) e de pessoas residentes no município de Belo Horizonte/MG (63,94%), sede do pronto-socorro investigado. Um em cada quatro idosos atendidos tinha entre 60 e 64 anos e 43,85% eram casados, em união estável ou amigos (Tabela 1). Um estudo realizado no Brasil demonstrou associação significativa do sexo masculino, idade de 80 anos ou mais e óbito nos anos estudados com idosos vítimas de trauma. A maioria dos indicadores tradicionais de saúde mostra, com clareza, a existência desse diferencial, sendo maior a mortalidade masculina em praticamente todas as idades e para quase a totalidade das causas (SANTOS; RODRIGUES; DINIZ, 2017). A análise do perfil clínico dos idosos atendidos (Tabela 2) permitiu observar maior prevalência da cor laranja com 23,72% na classificação de risco segundo o Sistema Manchester de Classificação de Risco. Entretanto, 51,13% dos pacientes não foram classificados de acordo com esse critério, sendo 23,8% no primeiro ano analisado. Do total de idosos atendidos, 44,49% deram entrada por motivo de queda, 25,03% por motivos clínicos e 10,30% por atropelamento. Associado ao aumento da idade, as comorbidades têm sido apontadas na literatura como principais fatores de risco para óbito em idosos vitimados por trauma. A taxa de mortalidade consequente a uma pequena lesão é maior em pessoas com mais de 65 anos, sendo o risco de morte por trauma o dobro após os 75 anos, consequentemente pelas alterações típicas do envelhecimento (SANTOS; RODRIGUES; DINIZ, 2017; SILVA; PESSOA; MENEZES, 2016). Entre os idosos atendidos, 56,19% receberam alta, 30,70% foram transferidos para outro hospital e 11,91% evoluíram para óbito. O tempo médio de permanência foi de 11,6 dias (DP \pm 24,5 dias). Se comparadas aos homens, as mulheres têm 29,3% menos chances de evoluir para óbito após a entrada no pronto-socorro. Em relação à faixa etária, idosos do grupo de 80 anos ou mais têm 2,3 vezes mais chances de apresentar desfecho óbito do que aqueles de 60 a 79 anos. Já os idosos que residem em Belo Horizonte, se comparados aos que moram em outros municípios, têm 27,6% menos chance de ir a óbito (Tabela 3). Esse resultado corrobora com dados da literatura que afirmam que pacientes traumatizados graves que não recebem tratamento definitivo em um hospital especializado em trauma, particularmente dentro do “período de ouro”, as suas chances de óbito aumentam. A “hora ou período do ouro” é um período crucial durante o qual é imprescindível dar início ao tratamento definitivo ao doente traumatizado grave (PHTLS, 2011; KIMURA; LOURENÇO, 2017). Em relação à Classificação de Risco de Manchester, o idoso que teve a classificação laranja apresenta 2,8 vezes mais chances de desfecho óbito do que aquele classificado como azul. Já quem foi classificado como vermelho tem essas chances aumentadas

em 24,0 vezes. No que se refere ao motivo de entrada, o paciente que entrou por motivo de queimadura tem 4,2 vezes mais chances de óbito do que aquele que deu entrada por acidente. Já quem deu entrada por retorno tem as chances aumentadas em 2,6 vezes. Na análise do tempo de permanência, verificou-se que a cada acréscimo de 1 dia, aumenta-se a chance de óbito em 1,0 vez. Conclusões: Os resultados encontrados evidenciam a demanda por atendimentos de idosos no serviço de urgência em decorrência de eventos traumáticos e agudização de doenças crônicas, bem como os fatores determinantes para o óbito nessa população. Mostra-se de fundamental importância o fortalecimento das ações de promoção do envelhecimento saudável e proteção da saúde, prevenção de agravos das doenças crônicas degenerativas com intervenções associadas a mudanças no estilo de vida. É necessário o investimento em novos estudos que visem contribuir com os dados de morbidade e mortalidade em idosos e as demandas nos serviços de urgência para esse grupo populacional.

PALAVRAS-CHAVE: Pronto-socorro; Idosos fragilizados; Óbito.

REFERÊNCIAS

BORDIN et al. Fatores associados à internação de idosos: estudo de base nacional. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 21, n. 4, p. 439-446, 2018.

CHANG, Tammy; SCHECTER, William. Injury in the Elderly and End-of-Life Decisions. **The Surgical Clinics of North America**, v. 87, n. 1, p. 229-245, 2007.

CORDEIRO, Paula; MARTINS, Mônica. Mortalidade hospitalar em pacientes idosos no Sistema Único de Saúde, região Sudeste. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 52, p. 69, 2018.

KIMURA, Fábio Atsuhiko; LOURENÇO, Hermes Marcondes. **Guia de emergências traumáticas e clínicas**. 2ª ed. Belo Horizonte: Health, 2017.

PREHOSPITAL TRAUMA LIFE SUPPORT (PHTLS). Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado. National Association of Emergency Medical Technicians (NAEMT). Comitê de Trauma. 2011; 7:709.

SANTOS, Ana Maria Ribeiro dos; RODRIGUES, Rosalina Aparecida Partezani; DINIZ, Marina Aleixo. Trauma por acidente de trânsito no idoso: fatores de risco e consequências. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 26, n. 2, 2017.

SILVA, Hilderjane Carla da; PESSOA, Renata de Lima; MENEZES, Rejane Maria Paiva de. Trauma em idosos: acesso ao sistema de saúde pelo atendimento pré-hospitalar móvel. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, p. 1-8, 2016.

SILVA, José Antônio Cordero da; SOUZA, Luiz Eduardo Almeida de; GANASSOLI, Caroline. Qualidade de vida na terceira idade: prevalência de fatores intervenientes. **Rev Soc Bras Clin Med.**, v. 15, n. 3, p. 146-9, 2017.

APÊNDICE

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico de idosos atendidos em unidade de pronto-socorro de Minas Gerais de 2015 a 2019

		n	%
Ano	2015	2116	18,72
	2016	2323	20,55
	2017	2262	20,01
	2018	2194	19,41
	2019	2411	21,32
Sexo	Masculino	5968	52,79
	Feminino	5338	47,21
Faixa etária anos	60 a 64	2882	25,49
	65 a 69	2322	20,54
	70 a 74	1765	15,61
	75 a 79	1599	14,14
	80 a 84	1231	10,89
	85 a 89	947	8,38
	90 a 94	382	3,38
	95 a 99	152	1,34
	100 anos ou mais	26	0,23
Estado civil	Solteiro(a)	1744	15,43
	Viúvo(a)	1305	11,54
	Casado(a)/união estável/amigado	4958	43,85
	Divorciado(a)/separado(a)	624	5,52
	Não informado	2675	23,66
Município	Belo Horizonte	7229	63,94
	Outros	4024	35,59
	Não informado	53	0,47

Fonte: Elaboração própria de acordo com os dados do Prontuário eletrônico disponível no Banco de Dados do Sistema Integrado de Gestão Hospitalar (SIGH) institucional, 2022.

Tabela 2 - Perfil clínico de idosos atendidos em unidade de pronto-socorro de Minas Gerais de 2015 a 2019

		n	%
Classificação de Manchester	Azul	190	1,68
	Verde	810	7,16
	Amarelo	1553	13,74
	Laranja	2682	23,72
	Vermelho	290	2,57
	Não informado	5781	51,13
Motivo de entrada	Retorno	822	7,27
	Acidente	784	6,93
	Queda	5030	44,49
	Agressão	193	1,71
	Intoxicação	149	1,32
	Motivo clínico	2830	25,03
	Auto agressão	86	0,76
	Queimadura	187	1,65
	Atropelamento	1165	10,30
	Corpo estranho	60	0,53
	Neoplasias	139	1,23

CID primário	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	128	1,13
	Doenças do sistema nervoso	205	1,81
	Doenças do sistema circulatório	1381	12,21
	Doenças do aparelho respiratório	402	3,56
	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	267	2,36
	Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	7229	63,94
	Outras	1240	10,97
	Não informado	315	2,79
Desfecho	Alta hospitalar	6353	56,19
	Transferência	3471	30,70
	Óbito	1346	11,91
	Evasão	38	0,34
	Não informado	98	0,87
Mínimo - Máximo		Mediana	Média (DP±)
Dias de permanência	0,0 - 571,0	4,0	11,6 (± 24,5)

Fonte: Elaboração própria de acordo com os dados do Prontuário eletrônico disponível no Banco de Dados do Sistema Integrado de Gestão Hospitalar (SIGH) institucional, 2022.

Tabela 3 - Análise de regressão logística multivariada de fatores associados ao óbito em idosos atendidos em unidade de pronto-socorro de Minas Gerais de 2015 a 2019

Variável dependente – Motivo de saída (Óbito)		DESFECHO				Valor p (1)	OR (2)	Intervalo de confiança de 95 para OR	
		Alta hospitalar/ transferência/evasão		Óbito				Limite inferior	Limite superior
		N	%	n	%				
Sexo	Masculino	5091	51,62	821	61,00	-	1	-	-
	Feminino	4771	48,38	525	39,00	0,001	0,707	0,581	0,860
Faixa etária	60 a 79 anos	7627	77,34	866	64,34	-	1	-	-
	80 anos ou mais	2235	22,66	480	35,66	< 0,001	2,281	1,857	2,803
Município	Outros	3375	34,35	612	45,98	-	1	-	-
	Belo Horizonte	6451	65,65	719	54,02	< 0,001	0,724	0,596	0,881
Classificação de Manchester	Azul	178	1,80	12	0,89	-	1	-	-
	Verde	782	7,93	25	1,86	0,150	0,585	0,282	1,215
	Amarelo	1468	14,89	64	4,75	0,538	0,809	0,413	1,586
	Laranja	2292	23,24	344	25,56	0,001	2,841	1,496	5,394
	Vermelho	121	1,23	158	11,74	< 0,001	23,927	12,124	47,221
Motivo de entrada	Acidente	740	7,50	40	2,97	-	1	-	-
	Queda	4426	44,88	558	41,46	0,168	1,407	0,866	2,285
	Agressão	167	1,69	25	1,86	0,484	0,719	0,285	1,811
	Intoxicação	134	1,36	15	1,11	0,411	0,639	0,220	1,858
	Motivo clínico	2420	24,54	387	28,75	0,115	1,494	0,907	2,460
	Autoagressão	65	0,66	21	1,56	0,358	1,515	0,625	3,676
	Queimadura	128	1,30	56	4,16	< 0,001	4,206	2,055	8,609
	Atropelamento	982	9,96	167	12,41	0,865	0,953	0,545	1,665
	Corpo estranho	59	0,60	1	0,07	0,703	0,654	0,074	5,798
	Retorno	741	7,51	76	5,65	0,002	2,628	1,416	4,878
		Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão				

Dias de permanência	10,0	19,5	23,6	45,4	< 0,001	1,009	1,006	1,012
---------------------	------	------	------	------	----------------	-------	-------	-------

Fonte: Elaboração própria de acordo com os dados do Prontuário eletrônico disponível no Banco de Dados do Sistema Integrado de Gestão Hospitalar (SIGH) institucional, 2022. Nota: Categoria de referência; significativo se $p < 0,050$. (1) Regressão logística múltipla. (2) OR - *Odds Ratio*.

GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PÚBLICO EM MINAS GERAIS

Palloma Fernandes Estanislau Vaz Ventura. Doutora em Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais.

Moema Santos Souza. Doutora em Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais.

Doane Martins da Silva. Doutora em Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais.

Marilia Alves. Doutora em Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais.

RESUMO

Introdução: Discorrer sobre qualidade nos hospitais é, sem dúvida, entrar no universo da segurança do paciente. O hospital universitário possui estrutura complexa e relevante importância social, onde atuam vários profissionais com autonomia e conhecimentos diferenciados, com o objetivo comum de garantir assistência segura e de qualidade para pacientes e familiares. Para tal, várias atividades são desenvolvidas, ora isoladamente, ora em conjunto. Pensar nesse sistema é considerar uma série de interações que necessitam fluir de forma clara e harmônica. Essas interações devem permear as áreas assistenciais, administrativas, tecnológicas, econômicas e de ensino e pesquisa, a fim de cumprir a missão dos hospitais de assistir o ser humano (TRONCHIN; MELLEIRO; TAKAHASHI, 2014). Nesse contexto, a gestão da qualidade torna-se fundamental, pois possui uma série de ferramentas que propicia a fluidez e melhoria contínua dos processos, a ruptura da fragmentação das ações de saúde e serviços que atendam às necessidades da população com segurança. Organizações públicas e privadas que implementaram a gestão da qualidade e mantiveram suas ações alcançaram resultados assistenciais e financeiros satisfatórios, além disso, modificaram a forma de trabalho, inserindo os profissionais de saúde na assistência e também no planejamento do cuidado, criando um ambiente seguro (TRONCHIN; MELLEIRO; TAKAHASHI, 2014). Assim, é preciso que o conceito de qualidade esteja presente na cultura das organizações e incorporado por seus atores. A partir do exposto, emergiu o seguinte questionamento: quais elementos estão relacionados à implantação do sistema de gestão da qualidade e a segurança do paciente em um hospital universitário público? **Objetivo:** Discutir elementos relacionados à implantação do sistema de gestão da qualidade e a segurança do paciente em um hospital universitário público. **Referencial Teórico:** A qualidade na saúde considera em sua definição a segurança como a primeira dimensão por entidades e organismos mundiais, como o Instituto Avedis Donabedian e o Instituto de Medicina (Institute of Medicine - IOM). Algumas iniciativas históricas foram importantes para discussão a respeito da qualidade e segurança, como a de Semmelweis, que, em 1847, propôs instituir a obrigatoriedade de higienização das mãos após relacionar a febre puerperal com exame médico-obstétrico, reduzindo de 18% para 1% a mortalidade materna. Florence Nightingale, em 1855, organizou a estrutura física para prestação do cuidado seguro. Colman, em 1911, nos EUA, estabeleceu padrões mínimos para hospitais visando à melhoria da qualidade da assistência. Seu trabalho resultou, em 1952, na criação da *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005). Em 1966, Donabedian define três etapas para acesso ao desempenho: estrutura, processos e resultado, conhecidas como “triade de Donabedian”. Destaca-se, ainda, o estabelecimento da International Society for Quality in Health Care-ISQUA, em 1984, parceiro importante da Organização Mundial da Saúde (ISQUA, [201-?]). Em 1990, o psicólogo James Rason publica seu trabalho “Human Error” e propõe o modelo de barreiras de processos, que descreve que os sistemas possuem uma série de camadas, e os perigos não gerenciados das atividades passarão entre as camadas causando erros/falhas no sistema. Em 1991, o relatório

“Crossing the Quality Chasm”, propôs que um sistema de saúde pode ser desenhado para garantir segurança, sendo que em 2000, o relatório “Errar é humano, construindo um sistema seguro”, do IOM, levantou o número de eventos adversos (EA) ocorridos na assistência à saúde. Esse trabalho culminou com as campanhas mundiais, “salve 100 mil vidas” e “salve 5 milhões de vidas”. No mesmo ano ocorreu a 55ª Assembleia Mundial da Saúde, promovendo discussões e recomendações sobre a urgência de adotar ações para segurança na saúde (NASCIMENTO; DRAGANOV, 2015; BRASIL, 2014). No Brasil, as discussões sobre qualidade na saúde tiveram início nos anos 1990 baseado em metodologias internacionais. A Organização Nacional de Acreditação foi fundada em 1999, estabelecendo as diretrizes de avaliação no país. Atualmente, é uma entidade não governamental e sem fins lucrativos, reconhecida pelo ISQUA, que certifica a qualidade de serviços de saúde no Brasil (ONA, 2022). **Método:** Trata-se de um estudo de caso único, de natureza qualitativa, realizado nas unidades de clínica médica do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC/UFMG). Foram utilizados como instrumentos de coleta de dados entrevistas com roteiro semiestruturado, análise documental e observação direta. Realizou-se, previamente, teste-piloto, o que auxiliou na estruturação final do roteiro de entrevista. Foram entrevistados 51 profissionais, envolvendo 18 gestores que atenderam ao critério de inclusão, que consistia em serem responsáveis pela estratégia da instituição ou atuarem na unidade de clínica médica; e 33 profissionais assistenciais, os quais atenderam aos critérios de inclusão: trabalhar nas unidades de clínica médica na assistência direta ao paciente e trabalhar na unidade há mais de seis meses. Os dados foram coletados de maio a setembro de 2018 e submetidos à Análise de Conteúdo Temática, segundo Bardin. Os dados foram organizados utilizando o Programa MAXQDA, versão 2018.2. O estudo foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados e discussão:** A história da implementação da gestão da qualidade no HC/UFMG iniciou-se em 2001, quando o programa de acreditação foi incluído no plano diretor da instituição. Nesse mesmo ano, criou-se uma comissão multiprofissional a fim de planejar e executar ações para implantação desse programa (BRASIL, [201-?]). Em 2009, realizou-se uma oficina de planejamento na organização cujo objetivo foi difundir boas práticas de gestão e, entre suas deliberações, houve a proposta de qualificação do corpo gerencial e busca de certificação de qualidade da organização (BRASIL, [201-?]). Durante essa construção, o HC/UFMG recebeu avaliação diagnóstica pela metodologia da ONA, mas o processo não prosseguiu. Em 2010, estabeleceu-se parceria entre o HC/UFMG, Ministério da Saúde e Hospital Alemão Oswaldo Cruz que financiou processo de gestão da qualidade por meio da *Join Comission International (JCI)*, e o ciclo de visitas educativas tiveram início. Em dezembro de 2013, outra mudança significativa de gestão ocorreu com a entrada da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) vinculada ao Ministério da Educação. No início de 2018, o HC/UFMG recebeu a última visita educativa da JCI, sendo a auditoria de certificação cancelada em novembro e a certificação de qualidade ainda não foi conquistada (BRASIL, [201-?]). Com a nova gestão da EBSERH, manteve-se a continuidade da gestão da qualidade como projeto estratégico no hospital. Destacam-se as ações realizadas pela Gestão pela Qualidade e Segurança do Paciente (Gesqualis) de forma a estimular as notificações e auxiliar as áreas a analisar os eventos ocorridos com foco na melhoria dos processos. Os participantes valorizaram a gestão da qualidade e a segurança do paciente, sendo identificadas melhorias na prática dos profissionais, aumento das notificações dos EA, crescimento do número de conformidades nas auditorias internas. Contudo, revelaram que a prática de notificação dos eventos adversos (EA) ainda não está consolidada, pois, em várias situações, os eventos não são notificados, por receio ou resistência em notificar, e outras vezes, o mesmo evento é notificado por vários profissionais. As notificações de EA constituem ferramenta valiosa que auxilia na identificação dos riscos, possibilita o aprendizado com os incidentes e a implementação de medidas de prevenção (ALVES *et al.*, 2018). O dimensionamento de pessoal também influencia na notificação dos

EA, visto que o quantitativo de pessoal insuficiente foi apontado como dificultador para as ações relacionadas à segurança do paciente. Estudo internacional relaciona qualidade assistencial e segurança do paciente com o quantitativo de pessoal e sobrecarga de trabalho (NEURAZ *et al.*, 2015; CHO *et al.*, 2016). No cotidiano do HC/UFGM, as metas internacionais de segurança do paciente, que também são requisitos normativos da acreditação pela JCI, são trabalhadas com os profissionais por iniciativa da Gesqualis, da Vigilância em Saúde e por iniciativas setoriais seja por meio de acompanhamentos setoriais dos EA e notificações à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), seja por treinamentos e capacitações ou por auditorias internas. Entretanto, o quantitativo insuficiente do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) dificulta a consolidação do fluxo de notificação dos EA, a implantação das ações de melhoria e devolutiva para as equipes, apesar dos esforços e iniciativa da Gesqualis, do NSP, dos gestores e trabalhadores. **Considerações finais:** Os elementos discutidos, que se relacionam à implantação do sistema de gestão da qualidade e a segurança do paciente no hospital cenário do estudo revelaram desafios que dificultam a consolidação das propostas de gestão da qualidade e segurança do paciente. Desse modo, é necessário trabalhar em ações cotidianas por meio de notificações e acompanhamento de eventos adversos, treinamentos, capacitações, auditorias internas e que sejam disponibilizados recursos humanos para que sejam promovidas as melhorias no cotidiano de trabalho e, assim, a qualidade seja incorporada às práticas diárias.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão da Qualidade; Segurança do Paciente Hospitais Federais.

REFERÊNCIAS

ALVES, W. S. B. *et al.* Analysis of the level of nursing team information about adverse events. **Journal of Epidemiology and Infection Control**, v. 8, n. 2, p. 159-164, apr. 2018.

BRASIL. Ministério da Educação. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Nossa história:** Hospital das Clínicas - Universidade Federal de Minas Gerais. Brasília: EBSEH, [201-?].

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Documento de referência para o programa nacional de segurança do paciente.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CHO, E. *et al.* Nurse staffing level and overtime associated with patient safety, quality of care, and care left undone in hospitals: a cross-sectional study. **International Journal of Nursing Studies**, n. 60, p. 263-271, ago. 2016.

FELDMAN, L. B.; GATTO, M. A. F.; CUNHA, I. C. K. O. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 213-219, jun. 2005.

NEURAZ, A. *et al.* Patient mortality is associated with staff resources and workload in the ICU: a multicenter observational study. **Critical Care Medicine**, v. 43, n. 8, p. 1587-1594, ago. 2015.

NASCIMENTO, J. C.; DRAGANOV, P. B. História da qualidade em segurança do paciente. **História da Enfermagem Revista Eletrônica**, v. 6, n. 2, p. 299-309, 2015.

TRONCHIN, D. M. R.; MELLEIRO, M. M.; TAKAHASHI, R. T. A qualidade e a avaliação dos serviços de saúde e de enfermagem. *In*: KURCGANT, P. (coord.). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. p. 71-84.

IMPACTOS DA SANÇÃO DO PROJETO DE LEI Nº 2033/2022 NO MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Isabella Borba Vilela Borges. Advogada/Milton Campos, Pós-graduada em Direito do Trabalho e Previdenciário/Fumec

Valquíria Ferreira de Faria, Advogada/Puc Minas e pós-graduada em direito tributário/Puc Minas

RESUMO

Introdução: Em agosto de 2022 foi aprovado pelo Senado Federal o Projeto de Lei – PL nº 2033/2022, que propõe a modificação da Lei nº 9.656, a fim de possibilitar que os planos de saúde sejam compelidos a assegurar tratamentos de saúde que não estão incluídos no rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS. Ocorre que a sanção do referido PL poderá comprometer a sustentabilidade do setor de saúde suplementar, haja vista os possíveis efeitos decorrentes da obrigatoriedade de garantir-se a cobertura de novas tecnologias que não passaram pelo crivo da análise técnica da ANS. Assim, o presente estudo pretende demonstrar os impactos da sanção do PL nº 2033/2022 no mercado de planos de saúde. **Objetivo:** Demonstrar os impactos da sanção do PL nº 2033/2022 no setor de saúde suplementar. **Referencial Teórico:** A ANS é responsável pela regulamentação da saúde suplementar, sendo sua atribuição elaborar o rol de procedimentos e eventos em saúde, que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e suas excepcionalidades (BRASIL, 2000). Para incorporação de novas tecnologias ao rol, a ANS adota o processo definido pela Lei nº 9.656, disciplinado pela RN nº 470, que conta com ampla participação da sociedade, o qual é baseado, dentre outros, na avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS), metodologia que analisa todas as informações sobre evidências científicas relativas à eficácia, efetividade, acurácia e segurança da tecnologia, avaliação econômica e de impacto orçamentário (ANS, 2022). Logo, é essencial que os procedimentos a serem cobertos sejam aqueles que passaram pelo crivo da avaliação técnica da ANS, consoante ressaltou o diretor-presidente da ANS, Paulo Rebello¹. Embora a competência da ANS para determinar os eventos com garantia obrigatória pelos planos de saúde, foi aprovado o PL nº 2033/2022 que altera a Lei nº 9.656 para estabelecer hipóteses de cobertura de exames ou tratamentos de saúde que não estão incluídos no rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar. (SENADO FEDERAL, 2022). Todavia, a sanção do referido PL poderá comprometer a segurança do beneficiário e gerar um significativo impacto financeiro para o setor, pois a cobertura ilimitada não só compromete a previsibilidade de despesas, condição fundamental para a definição dos preços dos planos de saúde, como também eleva os custos em saúde, portanto, o valor das mensalidades (FENASAÚDE, 2022). **Metodologia:** Foi realizado um estudo bibliográfico e documental da Lei nº. 9.656/1998 e Resolução Normativa nº 470/2021 da ANS, do Projeto de Lei nº 2033/2022, da Nota da ANS sobre aprovação do Projeto de Lei nº 2033/2022 e da decisão proferida pelo Superior Tribunal de Justiça -STJ, no julgamento dos Embargos de Divergência em RESP nº 1.886.929. O estudo obteve resultados científicos conclusivos e aplicáveis no âmbito da saúde suplementar. **Resultados e Discussão:** Caso seja sancionado o PL nº 2033/2022, o primeiro impacto que se vislumbra é a desqualificação de todo o criterioso processo adotado pela ANS para a incorporação de novos procedimentos e medicamentos ao rol, já que não será mais necessária a anuência da Autarquia. Outra consequência é a insegurança quanto à eficácia científica das novas tecnologias, uma vez que não haverá certeza quanto a efetividade clínica e os possíveis efeitos adversos relacionados aos novos

¹ X Congresso Jurídico de Saúde Suplementar. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, 2022. Disponível em https://www.youtube.com/watch?v=1E40kx9-rAI&ab_channel=IESS. Acesso em: 09 de set.2022.

procedimentos, pois “sem a validação de estudos de ATS com evidência científica sólida haverá sério comprometimento dos parâmetros clínicos de efetividade e segurança de uso dos procedimentos incluídos no Rol, (...)”. (ANS, 2022, p.1).

A Associação Brasileira de Planos de Saúde (ABRAMGE) também considera que a alteração da Lei nº 9.656 pode comprometer o setor de saúde suplementar ao obrigar os planos de saúde "a cobrirem terapias, procedimentos e medicamentos que não foram incorporados em nenhum país, o que trará sérios riscos à segurança dos pacientes” (EXAME, 2022, p.1). Outro efeito é o financeiro, na medida em que “o grau de incerteza relacionado aos impactos econômicos da realização de procedimentos não previstos no rol atual trará como risco uma elevação dos reajustes a patamares superiores à capacidade de pagamento de beneficiários, mesmo em reajustes controlados pela ANS, como no caso dos planos individuais” (ANS, 2022, p.1). Ademais, com a elevação dos custos para os planos de saúde “a consequência esperada desse movimento é a diminuição da oferta de planos de saúde, saída em massa de beneficiários do sistema suplementar e maior sobrecarga para o SUS” (FENASAÚDE, 2022, p.1). Por fim, os critérios definidos no aludido PL poderão levar ao aumento das ações judiciais e também de reclamações na ANS, pois gera a impressão de que o beneficiário terá acesso irrestrito a qualquer novo evento em saúde. Ante todo o exposto, é imprescindível uma análise mais aprofundada e qualificada dos critérios definidos no Projeto de Lei nº 2033/2022 para concessão de cobertura de procedimentos e medicamentos não previstos no rol da ANS e dos efeitos que a sanção do PL terá no setor de saúde suplementar. **Considerações finais:** É inegável a competência legal da ANS para atualizar o rol de procedimentos e eventos em saúde com cobertura obrigatória pelos planos de saúde, sendo que a incorporação de novas tecnologias passa por uma criteriosa análise da Agência, com ampla participação da sociedade, o que traz segurança não só para os beneficiários, mas para todo o setor de saúde suplementar. O processo de atualização do rol da ANS é célere, transparente e contínuo. Prova disso é que, só no ano de 2022, já foram incluídas 24 coberturas, sendo 7 procedimentos e 17 medicamentos, além da ampliação de cobertura para quaisquer métodos e técnicas indicadas pelo médico assistente para tratamento de condições como o Transtorno do Espectro Autista, e o fim dos limites para consultas e sessões com psicólogo, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta. Portanto, é certo que a aprovação PL nº 2033/2022, além de retirar a competência legal da ANS para estabelecer a cobertura mínima obrigatória a ser ofertada pelos planos de saúde, desqualifica toda a análise criteriosa e detalhada realizada pela Autarquia para inclusão ou exclusão de procedimentos e medicamentos no rol. Ademais, a sanção do referido PL provocará o desequilíbrio do setor de saúde suplementar, pois comprometerá a segurança dos pacientes, haja vista a ausência de certeza quanto aos benefícios clínicos e efeitos colaterais da nova tecnologia; afetará a sustentabilidade dos planos de saúde, uma vez que haverá a elevação dos custos e possível saída de beneficiários; e aumentará a judicialização e o número de reclamações na ANS sobre a garantia de procedimentos sem cobertura pelo rol.

PALAVRAS-CHAVE: Beneficiário; Plano de Saúde; Rol.

REFERÊNCIAS

ANS. Nota da ANS sobre aprovação de Projeto de Lei nº 2033/22 pela Câmara dos Deputados. ANS, 04 de ago.de 2022. Disponível em <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias-1/periodo-eleitoral/nota-da-ans#:~:text=A%20respeito%20da%20aprova%C3%A7%C3%A3o%20do,para%20os%20planos%20de%20sa%C3%BAde>. Acesso em 15 de ago. de 2022

BRASIL. **Lei nº. 9.656 de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm. Acesso em 17 de jul. de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Agência nacional de saúde suplementar (ANS). **Resolução Normativa - RN nº 470, de 09 de julho de 2021**. Dispõe sobre o rito processual de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Disponível em <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDA2Mw> . Acesso em: 07 de set. de 2022.

BRASIL. STJ – **Embargos de Divergência em RESP nº 1.886.929 –SP**; Relator: Ministro Luis Felipe Salomão, Data do Julgamento: 08/06/2022, Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça, Data da Publicação:03/08/2022. Disponível em <https://processo.stj.jus.br/processo/pesquisa/?aplicacao=processos.ea&tipoPesquisa=tipoPesquisaGenerica&termo=EResp%201886929> Acesso em: 07 de set. de 2022.

EXAME. O que muda nos planos de saúde com o projeto aprovado pelo Congresso, Brasil, 30 de ago. de 2022. Disponível em <https://exame.com/brasil/senado-aprova-projeto-que-obriga-planos-de-saude-a-cobrirem-tratamentos-fora-da-lista-da-ans/> Acesso em 05 de set. de 2022.

FENASAÚDE. Senado aprova lei que altera o Rol da ANS. Rio de Janeiro, 30 de ago. de 2022. Disponível em <https://fenasaude.org.br/noticias/senado-aprova-lei-que-altera-o-rol-da-ans.html> . Acesso em 05 de set. de 2022.

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR. X Congresso Jurídico de Saúde Suplementar. **Instituto de Estudos de Saúde Suplementar**, 2022. Disponível em https://www.youtube.com/watch?v=1E40kx9-rAI&ab_channel=IESS . Acesso em: 09 de set.2022.

SENADO FEDERAL. **Projeto de Lei nº 2033, de 2022**. Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde, para estabelecer hipóteses de cobertura de exames ou tratamentos de saúde que não estão incluídos no rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar. **Senado.leg.br**, 05 de set. de 2022. Disponível em <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/154313> . Acesso em 07 de set. de 2022.

O PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA VIGILÂNCIA DO CÂNCER RELACIONADO AO TRABALHO EM MINAS GERAIS

Cristiane Moreira Magalhães Andrade, Mestranda do Programa de Pós-Graduação de Gestão em Serviços de Saúde da UFMG, Referência Técnica em Saúde do Trabalhador da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

Mery Natali Silva Abreu, doutora em Saúde Pública/Epidemiologia, pela Faculdade de Medicina da UFMG - Professora do Departamento de Gestão em Saúde - UFMG

Ubirani Barros Otero, doutora em Ciências/Saúde Pública, ênfase Epidemiologia Geral, tecnologista da Coordenação de Prevenção e Vigilância do Instituto Nacional de Câncer
Eleonora Assunção Morad Arantes, Mestre em Gestão em Serviços de Saúde da UFMG, Coordenadora de Saúde do Trabalhador da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

RESUMO

Introdução: No Brasil, desde 2004, o câncer relacionado ao trabalho deve ser compulsoriamente notificado no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan (BRASIL, 2004). Entretanto, em Minas Gerais, os dados apresentam-se frágeis e não retratam de forma fidedigna o atual cenário epidemiológico devido a subnotificação desse tipo de doença. Fatores diversos contribuem para essa situação, destacando-se a insuficiência de ações contínuas, sistemáticas, direcionadas e articuladas com os atores envolvidos (BRASIL, 2012). Diante disto, a Coordenação de Saúde do Trabalhador da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (CST/SES-MG) estipulou como meta a implementação da Vigilância do Câncer Relacionado ao Trabalho (VCRT) no estado a fim de direcionar ações diversas subsidiadas por informações epidemiológicas qualificadas, voltadas para a reduzir a morbimortalidade dos trabalhadores em decorrência da exposição a agentes cancerígenos. **Objetivo:** Descrever o processo de implementação da VCRT pela CST/SES-MG em Minas Gerais. **Referencial Teórico:** O câncer é o principal problema de saúde pública no mundo, estando entre as quatro principais causas de morte antes dos 70 anos de idade na maioria dos países. Para o Brasil, calcula-se 625 mil casos novos de câncer para cada ano do triênio 2020-2022. Segundo a Organização Mundial de Saúde, 19% dos casos de cânceres resultam da exposição a fatores ocupacionais, sendo que a Agência Internacional de Pesquisa em Câncer identifica um conjunto de tipologias de cânceres relacionadas à exposição ocupacional, destacando-se o mesotelioma, os cânceres de pulmão, de bexiga, de mama, de pele não melanoma, sinonasal, de rim, fígado, nasofaringe, estômago, laringe, ovário, cólon e reto, cérebro e sistema nervoso central, trato biliar, tireoide, glândula salivar, ossos, esôfago; os linfomas; e as leucemias (leucemia aguda não linfocítica e leucemia mieloide aguda). Apesar de sua importância, enquanto problema de saúde pública, os dados sobre câncer relacionado ao trabalho são subestimados, incluindo os do Sinan (BRASIL, 2012, 2021). Nesse sentido, torna-se fundamental elencar e executar ações estratégicas, incluindo as de vigilância epidemiológica, para a partir de dados confiáveis executar ações de saúde direcionadas e eficazes. **Método:** Para a descrição do processo de implementação da VCRT em Minas Gerais, foi utilizada a abordagem qualitativa, utilizando o estudo de caso como método. **Resultados e Discussão:** A implementação da VCRT em Minas Gerais aconteceu em etapas, delineadas a partir das condutas direcionadas principalmente pelas Diretrizes de Vigilância do Câncer Relacionado ao Trabalho, publicação do Instituto Nacional do Câncer (INCA) de 2012. Sendo agrupadas em: I) Capacitação sobre a VCRT em 2019 promovida pela CST/SES-MG

em parceria com o INCA, que contou com profissionais da Saúde do Trabalhador das 28 Unidades Regionais de Saúde (URS); dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador do Estado; da Coordenações de Vigilância do Câncer e de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis da SES/MG; de alguns municípios e de hospitais da região metropolitana de Belo Horizonte. No 1º momento do evento aconteceu a apresentação teórica sobre a temática por especialistas do INCA e SES/MG (com todos os participantes) e no 2º foi realizada oficina para elaboração de Planos de Trabalho, voltada especificamente para as URS de Belo Horizonte, Montes Claros e Uberaba, uma vez que a proposta era que a VCRT fosse implementada inicialmente nessas URS. II) Estabelecimento de parceria com a Coordenação de Vigilância do Câncer da SES/MG (área técnica responsável, entre outras atribuições, por gerir e divulgar as informações do Registro Hospitalar de Câncer-RHC), a fim de delinear algumas estratégias de ação, entre as quais a disponibilização de dados referentes a cânceres inseridos no RHC. IV) Eleição dos cânceres prioritários, considerando: a) a análise do perfil produtivo do estado, b) os agentes comprovadamente estipulados em literatura como cancerígenos, c) a pouca experiência dos serviços de saúde do trabalhador na realização das ações de VCRT e d) câncer com baixa incidência. Diante desses critérios, inicialmente o mesotelioma foi definido como câncer prioritário, e a URS de Belo Horizonte eleita como piloto para início das ações, por apresentar maior número de empresas que produziam materiais que utilizavam o amianto (principal fator de risco para mesotelioma) como matéria prima. Com o avanço das ações, a VCRT foi expandida para as demais regiões do estado e as leucemias, cânceres de bexiga em pintores e linfoma não *Hodgkin* em agricultores foram incluídos como neoplasias alvos das ações. V) Elaboração do Formulário de Investigação de caso suspeito de câncer relacionado ao trabalho para o levantamento organizado e minucioso das informações, especialmente sobre o histórico ocupacional e para ser aplicado em entrevista ao trabalhador, ou em casos de óbitos desse, a seus familiares. VI) Sensibilização da equipe gestora dos hospitais por meio de visitas as instituições, inicialmente, as especializadas no tratamento a pacientes com câncer, tendo como pauta a VCRT, suas estratégias de implantação e a importância do hospital nesse processo. VII) Identificação dos casos (pacientes com diagnósticos relacionados aos cânceres elencados) via Registro Hospitalar de Câncer. VIII) Investigação Epidemiológica em Saúde do Trabalhador dos casos pelas profissionais municipais de saúde do trabalhador. IX) Reuniões periódicas para discussão dos casos e emissão de parecer quanto a notificação do caso no Sinan envolvendo profissionais municipais, estaduais, e o INCA quando necessário. No que se refere aos resultados numéricos, no período entre 2019 a 2021, foram registradas 98 notificações de câncer relacionado ao trabalho, representando uma média de 32,6 casos/ano. Um incremento expressivo no número de notificações quando comparado ao período anterior, de 2007 a 2018, em que a média de notificações apresentou 5,3 casos/ano (64 casos ao todo). Destaca-se que até agosto de 2022 há o registro de 57 notificações, superando os 42 registros de todo o ano de 2021. Esse incremento demonstra a assertividade das ações de VCRT coordenadas pela CST-SES/MG, considerando o momento desafiador relacionado a pandemia de COVID-19. X) Monitoramento mensal das notificações lançadas no Sinan pela CST-SES/MG visando verificar a qualidade das informações. Quando necessário, adequações e correções são solicitadas aos municípios notificadores. Conclusões: Com a implementação da VCRT no estado houve importante incremento no volume das notificações dos casos e na qualificação dos registros no Sinan, bem como o estabelecimento de rotinas profissionais (assistenciais e vigilância). Destaca-se ainda que as parcerias com a Coordenação de Vigilância do Câncer SES/MG e INCA, bem como o empenho e comprometimento dos profissionais de saúde, especialmente da saúde do trabalhador, foram fundamentais para impulsionar a implantação e ampliação das ações de VCRT no estado. A implantação da VCRT é de fundamental importância para o delineamento e a execução contínua de ações de saúde e de políticas públicas específicas em prol da Saúde

dos Trabalhadores. Referências: BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 777/GM, de 28 de abril de 2004. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União, Poder Executivo**, Brasília, DF, n. 81, 29 abr. 2004. Seção 1, p. 37-38. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer - José Alencar Gomes da Silva. Diretrizes para a Vigilância do Câncer Relacionado ao Trabalho. Rio de Janeiro, RJ: Ministério da Saúde; INCA, 2012. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Saúde Ambiental, do Trabalhador e Vigilância das Emergências em Saúde Pública. Atlas do Câncer Relacionado ao Trabalho no Brasil: Análise Regionalizada e Subsídios para a Vigilância em Saúde do Trabalhador / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Saúde Ambiental, do Trabalhador e Vigilância das Emergências em Saúde Pública. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 260 p.: il.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer; Vigilância em Saúde do Trabalhador; Doenças profissionais.

O USO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE PARA TRATAMENTO DE TABAGISMO NOS ANOS DE 2013 E 2019

Joana Roesberg; Discente do curso de Enfermagem – UFMG

Vitória da Silva Marques; Discente do curso de Gestão de Saúde - UFMG

Priscila Silva Nunes Souza; Mestranda do Programa de Pós Graduação em Saúde Pública –
UFMG

Mery Natali Silva Abreu; Doutora em Saúde Pública/Epidemiologia – Departamento de
Gestão em Saúde – UFMG

RESUMO

Introdução: Conhecer o comportamento da população brasileira ex tabagista em relação à utilização do tratamento gratuito para parar de fumar proveniente do Serviço Único de Saúde (SUS) é essencial para a elaboração de estratégias de intervenções que promovam e apoiem a cessação do tabagismo. **Objetivo:** Determinar a frequência de ex-fumantes que utilizaram as medidas de cessação do tabagismo ofertadas pelo SUS, nos anos de 2013 e 2019. **Referencial Teórico:** O tabaco é originário da América e foi disseminado por meio da migração dos ameríndios, sobretudo com a colonização. Os índios tinham hábito de fumá-lo em cerimônias religiosas e também o utilizavam para fins medicinais de diversas formas. Todavia, o uso medicinal foi gradativamente abdicado, havendo aumento do uso recreativo. Com a industrialização da produção dos cigarros, observou-se o crescimento exponencial do consumo. O hábito de fumar tornou-se padrão para diversos predicados, como poder e beleza (HORTENSE; CARMAGNANI; BRÊTAS, 2008). Segundo a Organização Mundial da Saúde, o tabagismo é o hábito de consumir produtos que contenham nicotina em sua composição e, por isso, causam dependência química e psicológica. Tal hábito é a maior causa isolada de adoecimento e de mortes precoces evitáveis (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021). O contato direto da fumaça proveniente do cigarro com os órgãos do indivíduo tabagista reverbera de forma negativa para o corpo humano, visto que os compostos químicos desses produtos são dissipados pelo organismo via corrente sanguínea (CEPEDA-BENITO; REYNOSO; ERATH, 2004). O tabagismo é considerado uma doença crônica e, atualmente, está catalogado nos principais instrumentos de classificação de doenças (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). Nas últimas décadas do século XX, surgiram diversas ações em prol do combate ao tabagismo, inclusive em instrumentos legislativos, fazendo com que o tema seja importante nas agendas de vários países. Com o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e das ações do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), houve um progressivo reconhecimento da promoção da saúde e, assim, essas iniciativas foram organizadas de forma efetiva no Brasil. De forma geral, essas ações fomentam a prevenção da iniciação do tabagismo, promoção da cessação desse hábito e proteção da população dos riscos do tabagismo passivo (INSTITUTO NACIONAL DE CANCER, 2012). **Metodologia:** Estudo transversal de base populacional que utilizou dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013 e de 2019 para análise de frequência da população brasileira ex-tabagista que usou tratamentos, medicamentos e/ou aconselhamento de profissionais de saúde ofertados pelo SUS. As perguntas analisadas da PNS 2013 foram: “E no passado, o(a) Sr(a) fumou algum produto do tabaco?”; “Quando o(a) Sr(a) tentou parar de fumar, procurou tratamento com profissional de saúde?”; “O tratamento foi feito através do Sistema Único de Saúde (SUS)?”. Em 2019, foram considerados os seguintes questionamentos: “E no passado, o(a) Sr(a) fumou algum produto do tabaco?”; “Nos últimos doze meses, durante algum desses atendimentos o(a) Sr(a) foi aconselhado a parar de fumar?”; “Durante os últimos doze meses, quando o(a) Sr(a) tentou parar de fumar, usou aconselhamento por profissional de saúde incluindo unidades de saúde que oferecem tratamento para parar de fumar?”; “Esse aconselhamento foi feito pelo SUS?”; “Durante os últimos 12 meses, quando o

Sr(a) tentou parar de fumar, usou medicamento(s) que auxilia(m) as pessoas no processo de deixar de fumar, tais como adesivo, pastilha, spray, inalador, goma de mascar, bupropiona, champix/vareniclina, nortriptilina, Clonidina, etc?"; "Algum desses medicamentos foi obtido em serviço público de saúde?"; "Durante os últimos 12 meses, por que o(a) Sr(a) não usou nem aconselhamento nem medicamento para tentar parar de fumar?". Foi utilizado o software STATA 12.0 para análise descritiva dessas variáveis por meio do cálculo das frequências relativas e considerou-se as ponderações propostas pelo delineamento amostral do estudo. Resultados e Discussão: Em 2013, os índices em relação à cessação de tabagismo revelam que 54,1% dos entrevistados que fumaram em algum momento da vida haviam parado de fumar. Desses, 9,5% procuraram tratamento com profissional de saúde, sendo que nenhuma dessas medidas foram realizadas através do SUS. Já no ano de 2019, a taxa de cessação aumentou para 68,0%. Dentre os ex-fumantes, 9,0% usaram medicamentos para parar de fumar e somente 7,4% dos remédios foram obtidos através do SUS. Ademais, em 2019, 17,1% dos indivíduos utilizaram aconselhamento profissional, dos quais apenas 6,0% foram realizados pelos serviços públicos de saúde. Nesse ano, 85,5% dos ex-fumantes declararam não querer auxílio de profissionais de saúde para parar de fumar. Considerações finais: Contrapondo os índices calculados de ambos os anos, nota-se que, apesar do ano de 2019 apresentar um crescimento das taxas de cessação do tabagismo e da utilização das medidas para parar de fumar provenientes do SUS, os indicadores relativos ao tratamento gratuito são baixos. É notório que a população brasileira utiliza escassamente os serviços públicos para o tratamento do tabagismo. Pontua-se que maiores investimentos na qualidade dos serviços ofertados pelo SUS e na divulgação dos mesmo podem refletir diretamente no percentual de brasileiros que usufruem do tratamento gratuito. Dessa forma, objetivando o aumento da taxa de cessação do tabagismo no Brasil, a gestão de serviços de saúde mostra-se como ferramenta imprescindível ao desenvolver propostas que aumentem e suplementem as áreas críticas dos sistemas públicas de saúde de forma que esses sejam capazes de expandir a adesão da população nas iniciativas de prevenção de doenças e promoção da saúde do SUS.

PALAVRAS-CHAVE: Cessação do hábito de fumar; Tabagismo; Serviços essenciais de saúde pública.

AGRADECIMENTOS: O presente trabalho foi realizado com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

REFERÊNCIAS

CEPEDA-BENITO, A.; REYNOSO, J. T.; ERATH, S. Meta-Analysis of the Efficacy of Nicotine Replacement Therapy for Smoking Cessation: Differences Between Men and Women. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v.72, n.4, p.712–722, 2004. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/2004-16970-017>. Acesso em: 15 fev 2022.

HORTENSE, F. T. P.; CARMAGNANI, M. I. S.; BRÊTAS, A. C. P. O significado do tabagismo no contexto do câncer de laringe. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 1, p. 24-30, 2008. Acesso em: 15 fev 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Ministério da Saúde. **Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)**. O controle do tabaco no Brasil: uma trajetória. Rio de Janeiro: INCA, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO report on the global tobacco epidemic 2021: addressing new and emerging products. Geneva: **World Health Organization, 2021**.
Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Report on Trends in Prevalence of Tobacco Smoking 2000–2025, second edition. Geneva: **World Health Organization, 2018**.
Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272694/9789241514170-eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 12 fev 2022.

PERFIL DEMOGRÁFICO E SOCIOECONÔMICO DA POPULAÇÃO IDOSA EM SITUAÇÃO DE RUA DE BELO HORIZONTE: DADOS DO CADASTRO ÚNICO

Wanderson Costa Bomfim. Doutorando em Demografia. Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional – Universidade Federal de Minas Gerais;

Mirela Castro Santos Camargos. Doutora em Demografia. Universidade Federal de Minas Gerais.

Lidiane Moura Coelho. Graduanda em Gestão de Serviços de Saúde.

RESUMO

Introdução: A população em situação de rua é um grupo no qual faz das ruas o seu “espaço principal de sobrevivência e ordenação de suas identidades” (BRASIL, 2008, p.3). É uma população presente principalmente, mas não somente, em países de baixa e média renda. Todavia, em contextos de presença de sistemática desigualdade social, mesmo num cenário macro de alta renda é possível observar essa população em grande número, como nos Estados Unidos (ALPERT, 2021). A profunda desigualdade social brasileira vem influenciando no crescimento de populações vulneráveis e a margem no que diz respeito aos direitos básicos de um cidadão, sendo a população em situação de rua um destes grupos, oriunda de um processo de severa estratificação social em decorrência dos fatores macrossociais. Diante desse cenário, foi desenvolvida Política Nacional Para Inclusão Social Da População Em Situação De Rua, em 2008, para sistematizar práticas que permitam a mudança da condição social e de vida dessa população (BRASIL, 2008). Apesar do Brasil ter grande experiência em construir e executar grandes pesquisas para a caracterização da população e seus aspectos sociais, demográficas, econômicos e de saúde, a população em situação de rua é invisibilizada também na produção de dados. Em parte, isso se deve as dificuldades na operacionalização de pesquisas com esse público. Boa parte dos estudos desenvolvidas no cenário nacional parte da existência de um domicílio para sua execução. A população em situação de rua tem características particulares distintas do que se observa para o público geral (IPEA, 2017). Todavia, neste século XXI estão sendo observadas tentativas de contabilização dessa população com metodologias específicas para que as especificidades desse grupo possam ser contempladas. Em Belo Horizonte, já foram realizados três censos de população em situação de rua, com previsão de um quarto para o ano de 2022. Em paralelo, outra forma de identificação dessa população e outras em condições de vulnerabilidade é por meio do Cadastro Único para Programas Sociais, um instrumento para coleta de informações de indivíduos e famílias em condições de baixa renda para que estas possam ter acesso a programas sociais e recursos governamentais. Diante de tudo o que foi exposto, fica evidente que, para a construção de políticas públicas que possam garantir melhorias das condições de vida para a população em situação de rua, possibilitando a reconstrução da cidadania perdida desses indivíduos, é fundamental o conhecimento de suas características básicas no que tange aspectos demográficas e socioeconômicos. Com as crises econômicas e a pandemia da covid-19 aprofundaram os problemas dessa população, sendo essencial a construção de conhecimento para embasamento de ações e políticas (SILVA; NATALINO; PINHEIRO, 2021). **Objetivo:** Verificar o perfil demográfico e socioeconômico da população com 60 anos ou mais em situação de rua de Belo Horizonte, ressaltando os diferenciais para a população não idosa. **Referencial Teórico:** É complexa e interligada as

motivações para a situação de rua. A literatura aponta desde fatores estruturais socioeconômicos, como desemprego, falta de moradia, mudanças econômicas, desastres naturais e provocados pelo homem. Ressaltam também aspectos relacionados a condições de saúde, como doenças mentais, dependência de álcool e outras drogas, além de rompimento de vínculos familiares (SILVA, 2006). Tanto esses fatores quanto a permanência nas ruas induzem a distintas condições socioeconômicas e demográficas, que se modificam com o tempo, necessitando de acompanhamento das informações sobre essa população. O último censo de população em situação de rua de Belo Horizonte demonstrou que havia 1.827 pessoas nessa condição no ano de 2013. Houve um aumento de 56,9% em relação ao censo anterior, realizado em 2005. Destes a grande maioria foi encontrada na região Centro-Sul (44,8%). Em termos de características demográficas, 86,8% eram homens, 67% entre 31 e 50 anos. Indivíduos mais velhos, na pesquisa contabilizados com idade igual ou superior a 55 anos foi de 9,9%. Em relação a cor/raça, 79,5% se declararam como negros (pretos ou pardos). No que tange a escolaridade, 27,7% tinham fundamental incompleto. No contexto temporal da pesquisa, 31,2% acessavam o Bolsa Família como principal política de transferência de renda (UFMG, 2014). Os dados sobre essa população são fundamentais para o enfrentamento do problema. **Método:** Trata-se de um estudo transversal e descritivo que se baseou nos dados do Cadastro Único, na Cidade de Belo Horizonte. Os dados são organizados e disponibilizados por meio da Secretaria de Assist. Social, Segur. Alimentar e Cidadania, e se referem ao mês de julho de 2022 (BELO HORIZONTE, 2022). As variáveis utilizadas foram: sexo (homem vs. Mulher) idade (até 59 anos vs. 60 anos ou mais); cor/raça (preto; pardo; branco; outro “indígena e amarelo”) contato com a família fora das ruas (Nunca; Quase nunca; Todo ano; Todo mês; Toda semana; Todo dia) e regiões administrativas de Belo Horizonte. Em relação as variáveis socioeconômicas foram empregadas escolaridade (sem instrução; fundamental incompleto; fundamental completo; médio incompleto; médio completo; superior incompleto ou mais e sem informação), recebe auxílio Brasil (sim vs. Não) e faixa da renda familiar per capita. Foram comparados dados da população idosa, com 60 anos ou mais em relação a população mais jovem com 59 anos ou menos. As comparações de diferenças significativas foram feitas com base no teste de qui-quadrado de *Pearson* e no teste exato de *Fisher*. Os dados foram apresentados em forma de frequências relativas, por meio de tabela e gráfico (no apêndice). O software empregado foi o *Stata*, versão 14. Os dados secundários são de acesso público. Não se aplica aspectos éticos no que tange o uso de dados primários. **Resultados e Discussão:** Os dados mostraram que apenas 9,7% dos moradores em situação de rua são idosos (967 indivíduos). Dados semelhantes ao apresentado no último censo de BH em termos percentuais. Em relação ao sexo há predomínio de homens (91,7% para idosos e 8,8% para não idosos). Entre os moradores em situação de rua idosos, 78,2% são negros (pretos e pardos). Uma proporção menor em relação aos não idosos (84,6%; p-valor=<0,001). Esse valor elevado também corrobora com o visto no censo dessa população feito em 2013. As pessoas idosas de rua tendem a ter menor contato com familiares fora das ruas. Entre estes, 48,2% nunca tem contato, contra 43,1% dos não idosos. Quanto a distribuição pelas regionais o padrão etário foi semelhante, sem diferenças significativas. Entre os idosos 42,2% estão predominantemente na regional Centro-Sul. Entre os com menos de 60 anos 42,5% estão na mesma regional. A segunda regional foi a Leste, com percentual para idoso e não idoso de 22,3% e 22,8%. Em relação a escolaridade, os moradores em situação de rua idosos tendem a ter menor escolaridade em relação aos não idosos (p-valor<0,001). Em relação ao auxílio Brasil, entre os idosos uma menor proporção recebe (60,2% contra 79,2% não idosos). Contudo, já em relação a renda, um maior percentual tem renda acima do que meio salário mínimo comparado aos não idosos (22,2% contra 3,72%). Essa diferença pode ser em

decorrência de benefícios concedidos especificamente para pessoas idosas. **Conclusões:** Os dados apontaram para importantes informações demográficas e socioeconômicas entre as pessoas em situação de rua idosas, com a maioria das variáveis que indicam uma pior condição de vida apresentando maior proporção entre eles comparados com os moradores com menos de 60 anos. Importante ressaltar que nenhuma correção foi feita nos dados. Usou-se 60 anos ou mais para categorizar como idoso, mas esse limiar pode ser alto demais para essa população. Ademais, o tamanho da população idosa descrita nesses dados não necessariamente corresponde a atual em decorrência de como os dados do cadúnico são coletados e disponibilizados. Visando essa quantificação de forma mais precisa, será realizado um novo censo de população em situação de rua em 2022. Apesar disso, os resultados lançam luz e fornecem embasamento para tomada de decisão a nível municipal, para essa população.

REFERÊNCIAS

ALPERT, J.S. Homeless in America. **Am J Med.** v134, n.3, p.295-296. 2021.

BELO HORIZONTE. **População de rua de Belo Horizonte.** Disponível em: <https://dados.pbh.gov.br/dataset/populacao-de-rua>. Acesso em: 12. Set. 2022.

BRASIL. **Política Nacional Para Inclusão Social Da População Em Situação De Rua.** Brasília. 2008.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. IPEA. **Estimativa Da População Em Situação De Rua No Brasil.** Brasília. 2016.

SILVA, T.D.; NATALINO, M.; PINHEIRO, M.B. **Medidas emergenciais para a população em situação de rua: enfrentamento da pandemia e seus efeitos.** Boletim De Análise Político-Institucional. IPEA. 25. 2021

SILVA, M.L.L. **Mudanças recentes no mundo do trabalho e o fenômeno população em situação de rua no Brasil 1995-2005.** 2006. 220 f. Dissertação (mestrado) - Universidade de Brasília.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Centro Regional de Referência em Drogas. **Terceiro Censo de População em Situação de Rua de Belo Horizonte.** Disponível em: <<https://crr.medicina.ufmg.br/artigos/74/terceiro-censo-de-populacao-em-situacao-de-rua-de-belo-horizonte>>. Acesso em: 15. Set. 2022.

PALAVRAS-CHAVE: População em situação de rua; Perfil Demográfico; Condições socioeconômicas.

Agradecimento: Agradecemos ao apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

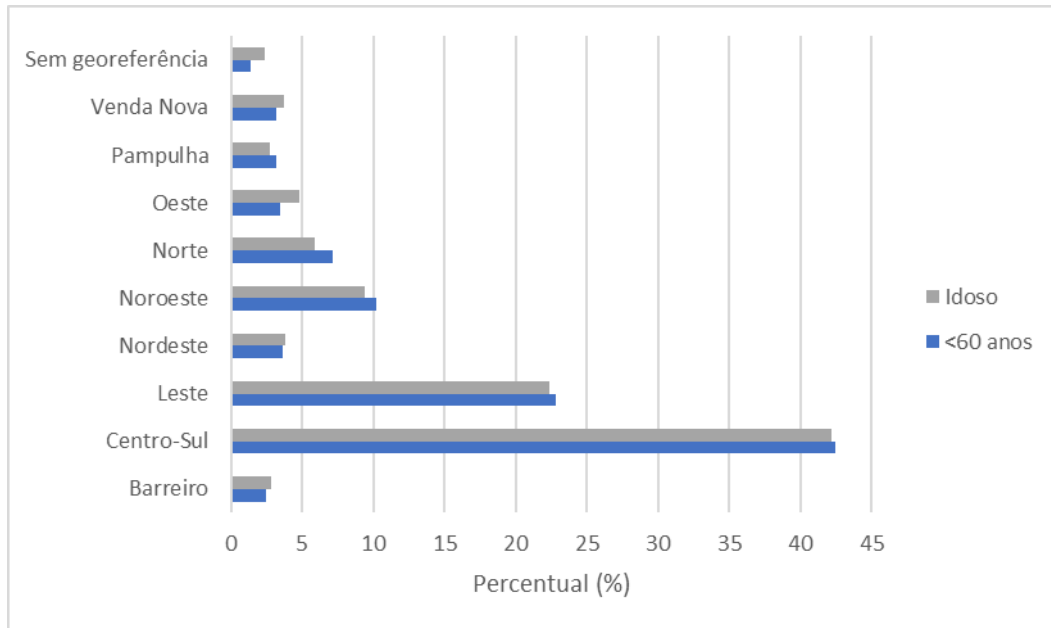
APÊNDICE

Tabela A1 – Distribuição demográfica e socioeconômica da população em situação de rua de Belo Horizonte, por idade

Variáveis	Até 59 anos	60 anos ou mais	p-valor
Idade	90,9	9,7	
Sexo			0,006
Mulher	11,2	8,3	
Homem	88,8	91,7	
Cor			<0,001
Branco	14,7	21,4	
Pardo	60,8	57,9	
Preto	23,8	20,3	
Outro	0,6	0,4	
Contato com a família fora das ruas			<0,001
Nunca	43,1	48,2	
Quase nunca	23,0	23,5	
Todo ano	4,8	6,0	
Todo mês	14,4	12,5	
Toda semana	10,4	6,9	
Todo dia	4,3	2,9	
Escolaridade			<0,001
Fundamental completo	15,3	11,0	
Fundamental incompleto	49,8	58,9	
Médio completo	15,8	10,4	
Médio incompleto	10,9	4,2	
Sem instrução	7,0	13,9	
Superior incompleto ou mais	1,1	1,6	
Auxílio Brasil			<0,001
Não	20,8	39,8	
Sim	79,2	60,2	
Faixa de renda			<0,001
Acima de 1/2 salário	3,7	22,2	
Até \$105	94,5	76,4	
Entre \$105 a \$210	0,6	0,1	
Entre \$210 até 1/2 salário	1,2	1,2	

Fonte: CadÚnico Belo Horizonte (2022).

Figura A1- Proporção de pessoas em situação de rua por idade e regionais de Belo Horizonte, 2022



Fonte: CadÚnico Belo Horizonte (2022).

PROCESSOS PARA MELHORIA DOS RESULTADOS DOS INDICADORES DO PROGRAMA PREVINE BRASIL: UMA EXPERIÊNCIA DO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE

Caroline Schilling Soares – Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde –
Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

Emerson Leite de Oliveira – Graduando em Ciências de Dados – Secretaria Municipal de
Saúde de Belo Horizonte

Hadla Kehdi Nascentes Coelho – MBA Gestão Estratégica de Projetos – Secretaria Municipal
de Saúde de Belo Horizonte

Joana D'Arc Alves Soares – Especialização em Saúde Pública com ênfase em Saúde da
Família – Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

Introdução: O Ministério da Saúde (MS) definiu um novo modelo de financiamento para a Atenção Primária à Saúde (APS), em novembro de 2019, denominado Programa Previne Brasil, composto inicialmente por Capitação Ponderada, Pagamento por Desempenho e Incentivo para Ações Estratégicas (BRASIL, 2019a). O componente Pagamento por Desempenho considera os resultados alcançados pelos municípios em indicadores estabelecidos pela Portaria nº 3.222 de dezembro de 2019 (BRASIL, 2019b), posteriormente alterados pela Portaria nº 102 de janeiro de 2022 (BRASIL, 2022). O município de Belo Horizonte apresenta uma extensa rede de atenção à saúde, cuja organização e monitoramento da oferta de serviços ocorre ao nível dos centros de saúde, regionais de saúde e Secretaria Municipal de Saúde (SMSA). Atualmente Belo Horizonte possui 596 equipes de Saúde da Família (eSF) e 152 centros de saúde. **Objetivo:** O objetivo deste resumo expandido é apresentar a experiência do município de Belo Horizonte na estruturação de processos para a melhoria dos indicadores de Pagamento por Desempenho do Programa Previne Brasil. **Referencial teórico:** Pagamento por desempenho é um modelo de remuneração a provedores ou serviços, conforme resultados alcançados em indicadores (BARRETO, 2015). O componente Pagamento por Desempenho do Previne Brasil prevê transferência mensal de incentivo financeiro aos municípios segundo resultados dos indicadores calculados quadrimestralmente (BRASIL, 2019a,b). Cada indicador possui notas técnicas explicativas com a contextualização, fórmula de cálculo, meta, parâmetro, possibilidades de denominadores, recomendações para melhoria de resultados e para registro das informações e ficha de qualificação. O início da implantação do Pagamento por Desempenho estava previsto para setembro de 2020, contudo, devido à pandemia da Covid-19 seu início foi postergado, com repasse referente ao potencial de 100% de alcance dos indicadores para todos os municípios em 2020 e 2021. Já a partir do 1º quadrimestre de 2022 iniciou-se o financiamento conforme o cumprimento de metas dos indicadores (BRASIL, 2022). O Previne Brasil foi inspirado em experiências de países desenvolvidos com adaptação à realidade brasileira. Porém, o Brasil apresenta grande heterogeneidade social, territorial e assistencial e as diferenças entre os sistemas de saúde e as realidades nacionais não podem ser desconsideradas na adoção de modelos de financiamento (HARZHEIM *et al.*, 2020; MASSUDA, 2020; MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020). Com a implantação do Previne Brasil, os municípios brasileiros deverão se organizar e monitorar os indicadores propostos pelo MS, para atingir a meta estabelecida. **Método:** Este trabalho consiste no relato de experiência de profissionais da SMSA de Belo Horizonte a respeito da estruturação de processos para a melhoria dos indicadores de Pagamento por Desempenho. Foram mapeados os processos desenvolvidos de 2020 a agosto de 2022, com utilização do *software* Bizagi. Por não se tratar de uma pesquisa com coleta de dados que envolve seres humanos, dispensou-se a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, mas com os devidos cuidados em observação à Lei Geral de Proteção de Dados

Pessoais (LGPD). **Resultados e discussão:** A gestão em saúde em uma ampla rede de Atenção Primária, como a de Belo Horizonte, especialmente no contexto da pandemia causada pela Covid-19, constitui um grande desafio e, desde a instituição do Previne Brasil, o município buscou estratégias para a melhoria dos resultados no Programa. Em 2020, a SMSA elaborou Nota Técnica sobre os indicadores e a forma de registro no sistema de prontuário - Sistema de Informação Saúde em Rede (SISREDE), visando qualificação dos registros e garantindo exportação de cadastros e atendimentos para os sistemas do MS. No início de 2021, a SMSA criou um Grupo de Trabalho - GT Previne Brasil. Em reuniões do GT, dúvidas surgiram e foi solicitada reunião virtual com representantes do MS, que ocorreu em fevereiro de 2021. Com o avanço das discussões, houve necessidade de criação do GT Ampliado Previne Brasil, incluindo referências técnicas das regionais de saúde. Foi realizada a revisão da Nota Técnica com posterior divulgação, além do desenvolvimento de vídeos instrutivos. Foram realizadas visitas a centros de saúde para mapeamento de processos que envolvem os indicadores e seus desafios. A intensificação das ações para melhoria dos indicadores foi dificultada pela situação epidemiológica da Covid-19. Ainda assim, o Previne Brasil foi tema de reuniões virtuais com gestores, sendo divulgados informes para os profissionais por meio de e-mail e página da intranet. Também em 2021, foi realizada a validação da exportação dos atendimentos do SISREDE para os sistemas do MS com execução de ajustes necessários. Em 2022 a Nota Técnica foi atualizada conforme as alterações dos indicadores e foram realizadas reuniões com gestores acerca do financiamento da APS. Visando sanar dúvidas frequentes de profissionais, foi elaborado o FAQ (*Frequently Asked Questions*) Previne Brasil. Foram desenvolvidas planilhas de acompanhamento assistencial dos usuários, conforme registro no SISREDE: gestantes, citopatológico, menor de um ano, hipertensão e diabetes. Cada planilha apresenta nominalmente usuários com informações mínimas de cadastro e registros que envolvem os indicadores, observando a legislação da LGPD. As planilhas são atualizadas automaticamente uma vez por semana e para cada planilha foi elaborado um painel de monitoramento assistencial em *Power BI* para acompanhamento dos processos, visando à melhoria do cuidado aos cidadãos. Entre os meses de maio a agosto de 2022, foram realizadas 37 oficinas presenciais para as regionais e centros de saúde acerca das ferramentas, com participação de 715 profissionais. Ainda em agosto de 2022, foi elaborada e publicada Nota Técnica de orientações de atualização de cadastro, com vistas à qualificação cadastral dos cidadãos. A Figura 1 (APÊNDICE) representa o mapeamento de processos realizados para dar continuidade e sustentabilidade ao movimento desenvolvido. **Conclusão:** Belo Horizonte possui uma extensa e complexa rede de atenção à saúde, que tem buscado melhoria da assistência à saúde da população e dos resultados dos indicadores para a continuidade do recebimento dos incentivos financeiros federais da APS. Contudo, a pandemia da Covid-19 e as constantes mudanças do Previne Brasil constituem desafios para o alcance das metas. Esse relato de experiência pode contribuir para estimular debates e estudos sobre o Programa, assim como auxiliar outros municípios no planejamento, organização e monitoramento de ações assistenciais em saúde, com vistas à qualificação do cuidado e alcance das metas dos indicadores de desempenho da Atenção Primária.

REFERÊNCIAS

BARRETO, Jorge Otávio Maia. Pagamento por desempenho em sistemas e serviços de saúde: uma revisão das melhores evidências disponíveis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 5, p. 1497-1514, 2015.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 102, de 20 de janeiro de 2022. Altera a Portaria GM/MS nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, que dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. **Diário Oficial da União**, Ministério da

Saúde, Gabinete do Ministro, Brasília, DF, 21 jan. 2022a. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-102-de-20-de-janeiro-de-2022-375495336>>. Acesso em 02 abr. 2022.

BRASIL. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 13 nov. 2019a. Edição 220, Seção 1, p. 97. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>>. Acesso em 31 jul. 2020.

BRASIL. Portaria nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019. Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 10 dez. 2019b. Edição 239, Seção 1, p. 172. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.222-de-10-de-dezembro-de-2019-232670481>>. Acesso em 24 jan. 2021.

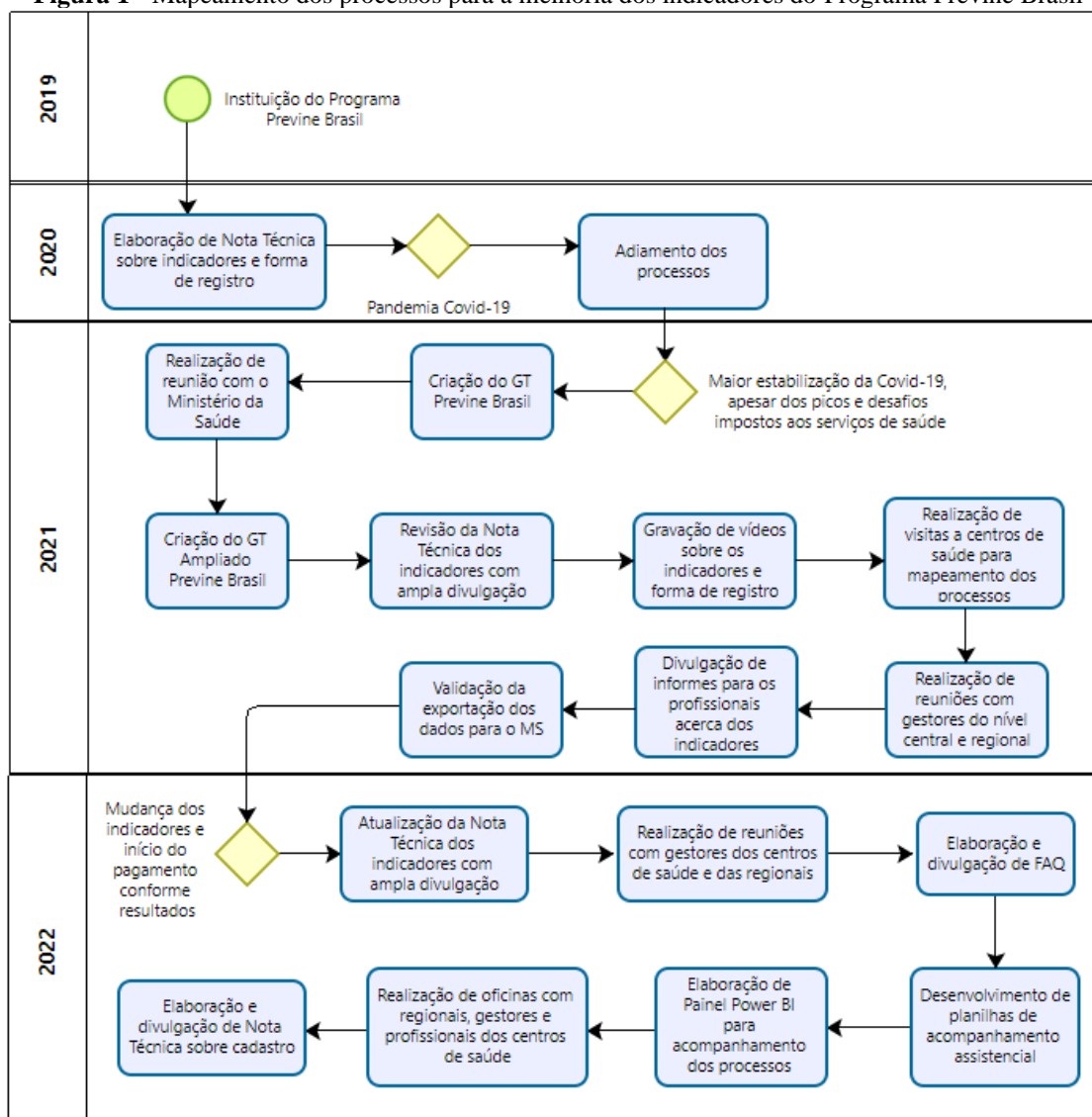
HARZHEIM, Erno. “Previne Brasil”: bases da reforma da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1189-1196, 2020.

MASSUDA, Adriano. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1181-1188, 2020.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angélica Ferreira; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 9, p. 1-20, 2020.

PALAVRAS-CHAVE: Programa Previne Brasil; Financiamento da Atenção Primária à Saúde; Indicadores de Saúde.

Figura 1 - Mapeamento dos processos para a melhoria dos indicadores do Programa Previne Brasil



Fonte: elaborado pelos autores.

PALAVRAS-CHAVE: Políticas de saúde; Atenção Hospitalar; Projeção de custo.

RESPOSTAS MUNICIPAIS DE ENFRENTAMENTO À COVID-19 EM UMA MICRORREGIÃO DO EXTREMO-SUL DA BAHIA: A PARTIR DA ANÁLISE DOCUMENTAL

Davi Pereira Santos, Discente do Curso de Medicina, Faculdade Pitágoras - Campus Eunápolis

Éric Santos Almeida, Docente do Curso de Medicina da Faculdade Pitágoras - Campus Eunápolis e Doutorando em Enfermagem e Saúde pela UFBA.

Igor Machado Sangi, Discente do Curso de Medicina, Faculdade Pitágoras - Campus Eunápolis

Lana Paula Amorim de Jesus, Discente do Curso de Medicina, Faculdade Pitágoras - Campus Eunápolis

Introdução: Em decorrência do aparecimento de uma nova doença em Wuhan na China, em meados de dezembro de 2019, um novo tipo de coronavírus, SARS-CoV-2, foi capaz de infectar seres humanos, o que afetou diversos países, inclusive o Brasil, onde tiveram que tomar medidas de enfrentamento diante das ondas de infecção e o desenrolar de uma nova pandemia global (OPAS, 2020; 2022). Esse vírus, causador da doença COVID-19, provoca uma infecção principalmente no trato respiratório superior, com características similares a um resfriado, porém é capaz de comprometer o trato respiratório inferior, resultando em Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS), tendo um potencial de disseminação elevado por meio do contato de gotículas contaminadas (XIAOLU, 2020). Assim, tendo em vista as dificuldades de uma coordenação nacional frente à pandemia, a responsabilidade da administração e gerenciamento se conteve através das outras esferas governamentais, como a estadual e municipal, o que resultou em uma fragmentação política, enfrentando uma crise sanitária e humanitária. (MATTA; REGO; SOUTO, [s.d.], 2021). **Objetivos:** Examinar e descrever as respostas de enfrentamento à COVID-19 organizadas por municípios em uma microrregião do extremo-sul da Bahia. **Referencial teórico:** A COVID-19 é uma doença causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) de fácil disseminação, resulta em infecções respiratórias agudas responsáveis por casos com amplo espectro clínico, variando desde os sintomas mais leves até formas mais graves (XAVIER, 2020). Diante disto, a pandemia mostrou uma grande fragilidade Sistema de Saúde Único (SUS) que perante a Constituição Federal do Brasil, no artigo 196, cita que: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”, porém é perceptível a desigualdade social em nosso país, que ficou muito bem marcado com a pandemia, com acessos limitados ao sistema de saúde que não conseguiu de maneira igualitária atender a população, sendo beneficiado aqueles que tinham plano de saúde (AQUINO, E. M. L. et al, 2020). No contexto da saúde pública a Atenção Primária à Saúde (APS) é prioritária, e consequentemente, em uma pandemia a mesma se torna fundamental. O fortalecimento da APS como porta de entrada para sintomáticos da doença COVID-19 foi algo de grande reformulação em diversos municípios, proporcionando mudanças de acordo com as especificidades de cada região. Portanto, foi necessário alterar o fluxo de trabalho dentro da APS, criar novas formas para evitar a aglomeração e o contágio, proporcionando um ambiente adequado para triagem, promovendo ações que fortaleçam a necessidade de medidas de proteção e prevenção pessoal, como o uso de máscaras, álcool 70% e o distanciamento social. O desenvolvimento de ações de territorialização e vigilância em saúde se tornam fundamentais para o bloqueio da expansão da pandemia, uma vez que proporcionam o monitoramento e o planejamento estratégico, sendo possível a propagação de informações e recomendações através dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), desempenhando um papel fundamental através das visitas domiciliares.

Alteração na organização do trabalho dentro das Unidades Básicas de Saúde (UBS) sofreu modificações, uma vez que serviços que antes eram proporcionados para a população foram cessados por tempo indeterminado devido a pandemia, sendo necessário uma organização dos profissionais da saúde comitantes as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde para manter a disponibilidade de determinados serviços (RIBEIRO et al., 2020). **Método:** O artigo foi construído por um orientador, uma enfermeira e quatro acadêmicos de Medicina da Faculdade Pitágoras de Medicina de Eunápolis (FPME), através do Programa Institucional de Iniciação Científica e Tecnológica. Desse modo, a realização desse estudo foi realizada por meio de uma análise de documentos a partir da escolha de cidades localizadas em uma microrregião do extremo-sul da Bahia - Porto Seguro, Eunápolis, Itabela e Itapebi. Foram selecionados os respectivos decretos municipais, disponibilizados nas plataformas digitais das próprias prefeituras, referentes à medidas de gestão frente à pandemia de COVID-19. A coleta dos dados se restringiu aos documentos do ano de 2020, retirados do Portal do Diário Oficial de cada município como decretos, leis e portarias que não receberam inspeção ou uma intervenção analítica, sendo feita em duas etapas para selecionar os documentos referentes ao assunto de interesse, diante disso, essa pesquisa foi feita de forma documental. **Resultados e Discussão:** Como em diversos países no mundo, o Brasil precisou reorganizar o seu sistema de saúde para enfrentar a pandemia. Os planos de contingência projetaram e executaram medidas assistenciais e determinadas medidas preventivas para contenção do vírus e controle de propagação da doença. Nesse contexto, a região do Extremo-sul da Bahia precisou se adaptar às novas medidas de prevenção, identificação e controle da pandemia do COVID-19 (OBSERVA COVID 2022). Assim, neste estudo foram identificados 278 (duzentos e setenta e oito) decretos, leis ou portarias que versavam sobre as medidas adotadas pelos municípios para o enfrentamento local da COVID-19 ao longo do ano de 2020. Destes, 71 (setenta e um) foram referentes ao município de Eunápolis, 103 (cento e três) referentes a Porto Seguro, 83 (oitenta e três) de Itabela e 21 (vinte e um) a Itapebi, no entanto apenas 111 (cento e onze) documentos que tratavam da temática de interesse permaneceram com os critérios de interesse da pesquisa. Com isso, verificou-se uma discrepância significativa no número de decretos publicados entre os municípios, sendo elevado nas maiores cidades, as quais demonstraram padrão mensal constante de publicação, enquanto nos municípios menores, houve maior interstício entre as publicações, visto a discrepância econômica e estrutural. A partir da análise, desenvolveu-se 07 (sete) categorias finais que representam o conteúdo dos documentos, as quais foram delimitadas em: Regulação da circulação de pessoas; Adaptação do comércio de acordo com a Vigilância Sanitária; Regulação para funcionamento de serviços públicos; Regulação da prestação de serviços e de atividades comerciais; Disciplina de cumprimento das medidas estabelecidas; Instituição de medidas de vigilância e proteção à saúde; e outros. **Conclusões:** No Brasil, a maioria do cuidado perante a pandemia de COVID-19 foi feita pela gestão municipal e estadual, onde muitas das vezes era desalinhada com demais instâncias, incluindo o Ministério da Saúde. Assim, diante desta análise documental é possível retratar que alguns dos municípios do Extremo Sul da Bahia, salvo de suas diferenças econômicas e estruturais, houveram muitas paridades no enfrentamento à pandemia quando comparados uns aos outros.

Referências

- AQUINO, E. M. L. et al. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 1, p. 2423–2446, 5 jun. 2020.
- BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

MATTA, G.C., REGO, S., SOUTO, E.P., SEGATA, J. **Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil**: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid 19; Editora FIOCRUZ, 2021, 221 p. Informação para ação na Covid-19 series. ISBN: 978-65-5708-032-0. <https://doi.org/10.7476/9786557080320>.

NUNES, Cristiane *et al.* O lugar da atenção primária à saúde nos planos de contingência estaduais para o enfrentamento da pandemia de COVID-19: Análise de Modelos e Estratégias de Vigilância da Pandemia da COVID-19 [2020 - 2022]. **Observa Covid**, [S. l.], p. 1-3, mar. 2022. Disponível em: <https://observacovid.analisepoliticaemsaude.org/>. Acesso em: 8 ago. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Histórico da pandemia de COVID-19**. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>. Acesso em: 27 jun. 2022.

RIBEIRO, M. A et al. (Re)Organização da Atenção Primária à Saúde para o enfrentamento da COVID-19: Experiência de Sobral-CE. **APS EM REVISTA**, [S. l.], v. 2, n. 2, p. 177–188, 2020. DOI: 10.14295/aps.v2i2.125. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/125>. Acesso em: 3 ago. 2022.

XAVIER, Analucia R. et al. COVID-19: clinical and laboratory manifestations in novel coronavirus infection. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial** [online]. 2020, v. 56 [Acessado 11 Junho 2022], e3232020. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/1676-2444.20200049>>. Epub 01 Jul 2020. ISSN 1678-4774. <https://doi.org/10.5935/1676-2444.20200049>.

XIAOLU, Tang et al. On the origin and continuing evolution of SARS-CoV-2, **National Science Review**, Volume 7, Issue 6, June 2020, Pages 1012–1023, <https://doi.org/10.1093/nsr/nwaa036>.

A OUVIDORIA ATIVA COMO UMA NOVA PERSPECTIVA PARA OS MODELOS DE GESTÃO

Danilo Borges Matias; Médico e Mestre em Gestão de Serviços de Saúde; Hospital
Metropolitano Dr. Célio de Castro.

Stephanie Marques Moura Franco Belga; Gestora de Serviços de Saúde e Doutoranda
em Saúde Pública; Hospital Metropolitano Dr. Célio de Castro.

Juliana Pantuza Vilar Ribeiro; Terapeuta Ocupacional, Mestre em Ciência da
Reabilitação; Hospital Metropolitano Dr. Célio de Castro

Claudia Carvalho Pequeno; Enfermeira, Especialista em Desenvolvimento Gerencial de
Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde; Hospital Metropolitano Dr. Célio de
Castro

Introdução: A Ouvidoria é um canal de comunicação democrático entre o hospital e o público interno e externo que objetiva promover a participação social e o fortalecimento das diretrizes do SUS a fim de qualificar os serviços prestados, por meio de denúncias, solicitações, reclamações, sugestões, informações e elogios. A Ouvidoria do Hospital Metropolitano Dr. Célio de Castro (HMDCC) tem como diferencial as manifestações oriundas dos trabalhadores. Cada vez mais esses têm a Ouvidoria como espaço de escuta ativa e processamento efetivo das manifestações trazidas por eles, incluindo os trabalhadores do parceiro privado. Nesse caso, em se tratando de demandas relacionadas às relações de trabalho, essas são remetidas ao parceiro privado. Os principais motivos das manifestações, positivas e negativas, são encaminhados mensalmente aos gestores, a partir de relatório virtual em que os dados dos registros recebidos são compilados. O processamento e análise dessas manifestações, permite conhecer o que são os pontos críticos que demandam melhorias, na visão do usuário, acompanhantes e dos trabalhadores. **Objetivos:** Apresentar a Ouvidoria do Hospital Metropolitano Dr. Célio de Castro; descrever as atividades desenvolvidas pela Ouvidoria; analisar o papel da Ouvidoria enquanto dispositivo avaliativo da satisfação do usuário externo/paciente. **Referencial Teórico:** As Ouvidorias hospitalares são compreendidas como novas formas de gerenciamento, tendo sua diretriz na participação social e na prestação de serviços à população com qualidade. De modo geral, a justificativa de implementação dos serviços de ouvidorias nos hospitais gira em torno de melhorar a gestão administrativa, aprimorando a qualidade de atendimento prestado pelas instituições através de seus profissionais. As ouvidorias hospitalares foram implantadas como “uma das formas pelas quais os hospitais podiam auscultar os “dizeres” sobre a qualidade de seu atendimento” (PEREIRA, 2002, p.94). Constituíam-se, portanto, em ferramenta de gestão institucional potente para avaliar os pontos de melhoria das instituições, sendo que as falhas indicavam problemas estruturais e de funcionamento (PEREIRA, 2002, p.95). Apontam, também, que à medida que as informações recolhidas, identificadas e categorizadas são repassadas aos gestores, e ao analisarem essas manifestações, fornecem uma resposta aos usuários, mas também apoiam na reorganização dos serviços (SILVA et al, 2016). Embora a ouvidoria possa fazer parte de um programa de qualidade, ela também tem existência própria, seu potencial é a escuta qualificada e a atuação democratizante das relações instituição-usuários. **Método:** Esse resumo trata-se do relato de experiência referente ao trabalho desenvolvido pela Ouvidoria do Hospital Metropolitano Dr. Célio de Castro

(HMDCC), em Belo Horizonte, Minas Gerais. O HMDCC, é um hospital de natureza jurídica privada, sem fins econômicos, com a missão de prestar ações e serviços de saúde exclusivamente para o Sistema Único de Saúde, totalmente regulado e referenciado pelas centrais de regulação municipais, articuladas com o sistema estadual de regulação. Entre seus valores destacam: Hospital centrado no usuário; Ética; Humanização; Transparência; Efetividade dos serviços; Trabalho em equipe multidisciplinar e Gestão participativa.

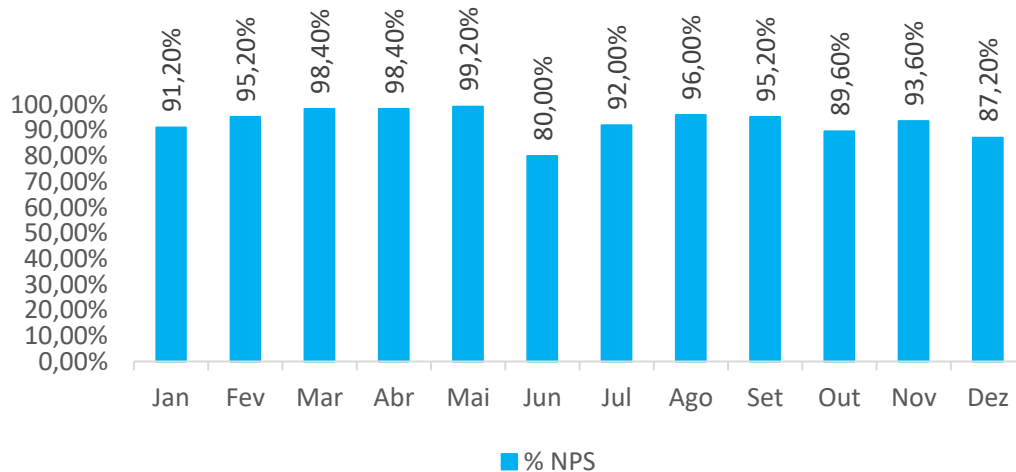
Resultados e Discussão: A Ouvidoria do HMDCC, buscando sempre diminuir as barreiras para o acesso dos usuários/funcionários, passou por várias reestruturações, como o fluxo de respostas em 2018, e a criação do que se denomina Ouvidoria Ativa em 2020. A área física é de fácil acesso devido à sua localização no hospital, além dos demais canais que são disponibilizados, sendo eles: telefone, e-mail, carta, intranet, Instagram, hotsite, presencial, site, Ouvidoria do Município e a pesquisa de satisfação. A manifestação recebida, é classificada independentemente do meio de comunicação, podendo ter duas formas de encaminhamento. Demandas recebidas de forma presencial ou por telefone, e que são avaliadas como de possível solução imediata são processadas junto aos setores competentes, e, em seguida registradas no sistema de informação. Esse é o formato denominado internamente de Ouvidoria Ativa. Já as demandas ou manifestações registradas por outras vias, que entram por meio das outras são registradas e encaminhadas ao setor de destino, para resposta ao interessado no prazo estipulado, além de tomada de providencias, no que couber. Esse é o formato denominado internamente de Ouvidoria Administrativa. No ano de 2022, cerca de 60 % das demandas estão sendo solucionadas por meio da Ouvidoria Ativa. Recentemente, foi implementado um novo formato para a pesquisa de satisfação do usuário do HMDCC. A metodologia de aferição do índice de satisfação, é baseada no NPS – Net Promoter Score, método que avalia a experiência dos consumidores de um serviço/produto. O NPS afere o desempenho de médio-longo prazo, sendo utilizado para implementar e acompanhar melhorias. Essa métrica mensura a satisfação do usuário, bem como sua fidelidade, a partir da pergunta “De 0-10, qual a probabilidade de você recomendar o hospital para amigos e familiares?”. Notas de 0 a 6 caracterizam os detratores, notas 7 e 8 caracterizam os neutros, e notas 9 e 10 caracterizam os promotores. Após a consolidação das respostas o NPS resulta da diferença entre o % de promotores e o % de detratores. Quanto maior a diferença, melhor a avaliação do serviço pelos usuários.

Figura 1 - Metodologia Net Promoter Score (NPS)



Fonte: KROL, DE BOER & DELNOIJ, 2015.

Figura 2 - Resultados da Pesquisa de Satisfação do Usuário pela metodologia *Net Promoter Score* (NPS) / HMDCC-2021



Fonte: Relatórios da Ouvidoria – HMDCC/2021

Observa-se que, em 2021, o HMDCC atingiu a zona de excelência em todos os meses do ano, tendo como regra, percentuais de satisfação acima o índice NPS acima de 90%. **Conclusões:** A Ouvidoria do HMDCC se materializa como uma ferramenta de gestão para identificação, compreensão e solução de problemas. Os dados identificados pela ouvidoria são estratégicos para o subsídio à tomada de decisões dos gestores e diretoria e desta forma, auxiliam o desempenho dos processos de trabalho e a produção de uma melhor qualidade assistencial.

PALAVRAS-CHAVE: Ouvidoria, Sistema Único de Saúde, Gestão Hospitalar.

REFERÊNCIAS

PEREIRA LH. **A voz do usuário no sistema hospitalar:** ouvidorias. *Sociologias* 2002; 7:82-121.

SILVA RP, JESUS EA, RICARDI LM, SOUSA MF, MENDONÇA AVM. O pensamento dos gestores municipais sobre a ouvidoria como um potencial instrumento de gestão participativa do SUS. **Saúde Debate** 2016; 40(110):81-94.

ANÁLISE DAS PRÁTICAS PROFISSIONAIS DOS GESTORES DE ENFERMAGEM RELACIONADAS A SEGURANÇA E SAÚDE DO TRABALHADOR

Brenda Reis Chaves; Mestre em Gestão de Serviços de Saúde pela Universidade Federal de Minas Gerais; Enfermeira do Trabalho do Hospital Sofia Feldman.

Carla Aparecida Spagnol; Pós doutora pela Université Cergy Paris- França; Professora Associada da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EE-UFGM).

RESUMO

Introdução: no campo da segurança e saúde do trabalhador, sua construção tem como referência a figura do trabalhador como sujeito ativo no processo saúde/doença. Diante disto, apesar dos avanços nas normas e legislações na área de segurança e saúde do trabalhador, nota-se fragilidades em sua implementação, principalmente nos serviços públicos e filantrópicos da saúde. No que se refere ao processo de trabalho nos serviços de saúde, Gomez *et al.*(2011) definem que os trabalhadores da saúde ocupam uma posição-chave na sociedade. Sua atuação profissional consiste em assistir os indivíduos e suas comunidades, constituindo um grupo vulnerável, devido à existência de medidas de proteção à saúde ainda precárias. No entanto, a implementação de medidas de segurança e saúde do trabalhador demandam envolvimento e tempo dos gestores e incitam mudanças de comportamento por parte destes profissionais e dos trabalhadores. Além disso, há necessidade de condições de trabalho adequadas e de um planejamento efetivo que utilizem ferramentas e estratégias participativas relacionadas à segurança e saúde dos trabalhadores (MACHADO; ASSUNÇÃO, 2012). Objetivo: o objetivo geral do estudo foi analisar as práticas profissionais dos gestores de enfermagem, relacionadas à segurança e saúde do trabalhador, em um hospital filantrópico de Belo Horizonte, Minas Gerais. Referencial Teórico: O risco ocupacional no ambiente hospitalar, relacionado aos agentes infecciosos é conhecido desde o início dos anos 40 no século XX. Porém, as medidas profiláticas e o acompanhamento clínico-laboratorial, de trabalhadores expostos aos patógenos de transmissão sanguínea, só foram desenvolvidos e implementados, no início da década de 80, a partir da epidemia de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), que causa a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) (BRASIL, 2004). Sendo assim, as organizações hospitalares devem promover e reforçar práticas seguras de trabalho e proporcionar ambientes livres de riscos, de acordo com as obrigatoriedades das legislações municipais, estaduais e federais (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2020). Com base nesta contextualização é que se buscou analisar e discutir coletivamente os fatores que interferem e atravessam o cotidiano da equipe de enfermagem e a prática profissional dos gestores de enfermagem, relacionados à adoção de medidas de segurança e saúde do trabalhador. Para tal, realizou-se uma pesquisa intervenção subsidiada teórica e metodologicamente na Análise Institucional, em sua vertente Socioclínica Institucional, que é um referencial teórico-metodológico que tem a instituição como um dos seus conceitos centrais. De acordo com Lourau (2014, p.15), “uma norma universal, ou considerada como tal, quer se trate do casamento ou da educação, quer da medicina, do trabalho assalariado, do lucro, do crédito, chama-se instituição”. Método: trata-se de uma pesquisa intervenção, com a abordagem qualitativa, na qual foi utilizado o referencial teórico-metodológico da Análise Institucional, em sua vertente Socioclínica Institucional. O estudo foi realizado em um hospital filantrópico, que presta 100% dos seus serviços ao SUS, no qual o modelo de assistência humanizada conta

com uma gestão horizontal e compartilhada, formada por linhas de cuidado assistencial e linhas técnico administrativas, no qual busca o envolvimento dos gestores, trabalhadores, usuários, controle social e seguimentos da sociedade. A produção dos dados da pesquisa foi realizada em duas etapas. Na primeira etapa realizou-se entrevistas semiestruturadas com gestores de enfermagem que trabalham no hospital, com o vínculo regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), por pelo menos 02 anos e que exercem atividades de gestão em enfermagem por no mínimo 01 ano. As etapas de coleta de dados aconteceram no período de agosto a dezembro de 2021. Inicialmente para a produção dos dados, a pesquisadora utilizou o diário do pesquisador, como um espaço para registrar suas reflexões e observações que surgiram durante as etapas da pesquisa. Além do diário, também foram utilizadas entrevistas semiestruturadas, realizadas de forma presencial, as quais foram agendadas previamente de acordo com a data e horário definido pelos gestores de enfermagem. A etapa de realização das entrevistas teve início no mês de agosto de 2021 e término em outubro do mesmo ano, com uma duração média de quarenta minutos. Também foram realizados os encontros de restituição com a finalidade de analisar coletivamente os dados produzidos nas entrevistas e com isto proporcionar momentos de análise das implicações, além de levantar estratégias coletivas para trabalhar a adoção de medidas de segurança e saúde do trabalhador. Esses encontros foram considerados um dispositivo analítico, que buscou revelar situações e sentimentos ocultos dos participantes, possibilitando a oportunidade de refletir sobre suas próprias práticas profissionais dentro da dinâmica institucional. Dessa forma, as entrevistas e os encontros de restituição foram gravados em mídia digital, de acordo com a autorização prévia dos participantes para áudio e imagem, e posteriormente transcritos na íntegra para serem analisados juntamente com os registros feitos no diário da pesquisadora. Os dados produzidos foram transcritos na íntegra e organizados em quadros que mostram a articulação realizada entre os trechos extraídos do diário da pesquisadora, das falas da orientadora e dos participantes com as oito características da Socioclínica Institucional. Resultados e Discussão: Os resultados foram apresentados a partir das oito características da Socioclínica Institucional e para análise e discussão dos dados produzidos na pesquisa utilizou-se conceitos do arcabouço teórico da AI, na vertente Socioclínica Institucional, além da literatura relacionada ao objeto de estudo. Os resultados apresentados explicitaram os analisadores *tempo* e *cobrança*, os quais revelaram que apesar do modelo de gestão compartilhada adotado no hospital, ainda é possível presenciar condutas dos gestores de enfermagem, pautadas em princípios do modelo taylorista, ao adotarem posturas fiscalizadoras das medidas de segurança e saúde do trabalhador. Mas, o movimento das instituições saúde do trabalhador, enfermagem e gestão mostraram a necessidade de se ter outras práticas pautadas no diálogo e na participação, para se delinear caminhos de transformação no cotidiano do hospital. Além disso, revelaram fatores tais como: sobrecarga de trabalho e dimensionamento de pessoal inadequado, os quais interferem de forma significativa na prestação da assistência de enfermagem, e conseqüentemente na adoção das medidas de segurança e saúde no trabalho. Outro ponto explicitado foi a falta de um processo formativo em gestão, o que dificulta principalmente o planejamento das atividades e da implementação dessas. Isso levou os participantes a reforçarem a importância da educação permanente em saúde e sugerirem a estratégia da roda de conversa para incrementar o processo formativo e continuado dos gestores de enfermagem. Conclusão: Essa pesquisa intervenção mostrou que a Socioclínica Institucional com seus encontros de restituição e, possivelmente, a educação permanente em saúde com as rodas de conversa podem constituir potentes dispositivos de análise, que buscam impulsionar a produção do conhecimento e diversas transformações nas práticas profissionais. A proposta das rodas de conversa constituiu-se como um dos produtos técnicos dessa pesquisa intervenção, considerada como um espaço de aprendizado, mas, também de análise das implicações profissionais.

PALAVRAS- CHAVE: Saúde do Trabalhador; Hospitais; Prática profissional.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Manual de segurança hospitalar**. Brasília, DF: ANVISA, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Recomendações para atendimento e acompanhamento de exposição ocupacional a material biológico: HIV, hepatites B e C**. Brasília, DF: FIOCRUZ, 2004.

GOMEZ, Carlos Minayo *et al.* Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011.

LOURAU, René. **A Análise Institucional**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

MACHADO, Jorge Huet; ASSUNÇÃO, Ada Assunção (org.). **Panorama da saúde dos trabalhadores**. Belo Horizonte: UFMG/ Faculdade de Medicina, 2012.

AS TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO E OS SEUS IMPACTOS NA GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR DE BELO HORIZONTE

Gisele Santos Gonçalves. Farmacêutica. Doutora em Ciências Farmacêuticas. Secretária Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Raquel Cunha Lara. Farmacêutica. Doutora em Neurociências. Secretária Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Edmundo Gustavo Cipriano de Araújo. Enfermeiro. Especialista em Gestão da Clínica. Secretária Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Denise Valadão da Silveira Souza. Enfermeira. Especialista em Enfermagem Hospitalar. Secretária Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

RESUMO

INTRODUÇÃO: As organizações de saúde precisam, a fortiori, compreender que uma assistência à saúde apropriada não depende apenas de uma boa prática médica, mas também de um ótimo gerenciamento. O emprego de ferramentas de gestão contribui para o desenvolvimento de serviços de excelência que antecipam as demandas dos usuários, e viabilizam as ações gerenciais efetivas; colaboram para a identificação, compreensão e solução de problemas (SANTA CATARINA, 2019). Dessa forma, entende-se que a incorporação dessas ferramentas visa envolver e capacitar toda a equipe para a responsabilidade de acompanhar o desempenho (como parte de uma abordagem clínica mais ampla), trabalhando simultaneamente com outros tipos de indicadores para alcançar resultados ideais. Nessa perspectiva, as ações de gestão em saúde precisam ser acompanhadas com o intuito de conhecer suas fragilidades, potencialidades, perspectivas e resultados para estabelecer boas práticas com base nos indicadores avaliados. **OBJETIVOS:** Apresentar a experiência do Serviço de Atenção Domiciliar de Belo Horizonte (SAD-BH) relacionada à implantação de ferramentas de gestão ao cotidiano do trabalho. **REFERENCIAL TEÓRICO:** O SAD-BH compõe o Sistema Único de Saúde (SUS), integra o Programa do Governo Federal “Melhor em Casa” e presta assistência em domicílio a usuários com quadro clínico agudo ou crônico agudizado que demandam cuidados de complexidade intermediária, dentro dos critérios de elegibilidade previstos. Por meio das 21 Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e 6 Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP) o SAD-BH assegura assistência humanizada com qualidade e integralidade, enfatizando a autonomia dos usuários e contribuindo para a redução dos custos, otimização de recursos financeiros e estruturas da Rede de Atenção à Saúde (RAS), pela desinstitucionalização do paciente. Este Serviço atende mais de 5000 pacientes/ano e possui cerca de 300 profissionais de saúde, sendo referência no programa Melhor em Casa do Ministério da Saúde. As equipes são distribuídas de forma regionalizada com o desígnio de promover e garantir os princípios do SUS (BELO HORIZONTE, 2022). Tendo em vista o grande volume de profissionais e a complexidade das atividades relacionadas, torna-se indispensável destacar que trabalhar em equipe requer uma estrutura organizacional com

planejamento estratégico e visão ampla sobre os processos. A qualificação do trabalho visa o alinhamento de objetivos e compromissos para que as tarefas sejam realizadas de forma harmônica e suas metas alcançadas. Ao planejar, os trabalhadores podem refletir sobre propostas de ação, de forma a intervir sobre determinado problema, necessidade individual ou coletiva (SILVA; SCAPIN; BATISTA, 2011; PAES *et al.*, 2015). A partir do final da década de 1990, o conceito de governança clínica ou gestão da clínica trouxe novos elementos para a discussão da gestão em saúde, com foco na responsabilidade do sistema pela melhoria da qualidade da atenção à saúde. Desse modo, a promoção da qualidade na governança clínica se relaciona ao conceito de qualidade da clínica da Organização Mundial da Saúde (OMS), que se traduz em quatro aspectos: qualidade técnica do desempenho profissional; eficiência no uso dos recursos; gestão de risco e satisfação dos pacientes com o serviço prestado (BERWICK, NOLAN, WHITTINGTON, 2008; GOMES *et al.*, 2014). A implantação de recursos de Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) na gestão de trabalho do SAD-BH assentiu consubstanciar e conceder as informações à toda equipe de laboro; sistematizando e melhorando os processos e serviços prestados. Desse modo, o trabalho participativo e coordenado semeia efetividade, segurança e replicabilidade. Neste sentido destacaremos aspectos relacionados ao Trello® e ao Kanban, elementos que constituem a experiência relatada. O Trello®, um aplicativo de gerenciamento de projetos, foi criado para auxiliar equipes na organização, monitoramento e controle permitindo a compreensão do todo, a comunicação transparente e visual (MELLO; SOUZA, 2019). O Kanban é um método de gestão, com características bem definidas que buscam promover o controle do “fluxo de produção”. Ele é estruturado em três colunas principais: tarefas a realizar, tarefas em andamento e tarefas concluídas (SILVA; ANASTÁCIO, 2019). A partir das restrições impostas pela pandemia de COVID19 foi necessário estruturar ações para responder aos desafios e as novas formas de se relacionar, além dos investimentos contínuos no que tange a constância dos ofícios em equipe. Nessa perspectiva, o Trello® e o Kanban puderam ser utilizados como alternativas efetivas para o trabalho integrado e colaborativo nas organizações de saúde. **MÉTODO:** Este trabalho discorre sobre a incorporação das ferramentas Trello® e Kanban à rotina de trabalho da Coordenação do SAD-BH. O Trello pode ser usado na sua versão online (<https://trello.com/>), sem necessidade de ser instalado, e também está disponível gratuitamente para Android e iOS. Possibilita o compartilhamento de tarefas com outros usuários da plataforma acordando a realização de atividades em grupo de forma remota. As tarefas criadas pela equipe podem ser organizadas em três estruturas: quadros, listas e cartões. O quadro é a maior estrutura a ser criada, na tela inicial do Trello, dentro dele são inseridos as listas e os cartões. Após a criação do quadro as listas de tarefas são inseridas, e podem ser usadas para dividir o projeto em atividades menores. Os cartões são adicionados dentro das listas. Várias alterações podem ser feitas em um cartão, desde a criação de *checklist*, até a inserção de documentos. O quadro pode ser compartilhado com outros usuários para realização e organização das atividades em grupo. A implementação do Trello® e do Kanban à rotina de trabalho da Coordenação do SAD-BH ocorreu por meio de três vertentes, semelhantes à descrição suprelatada, incluindo a classificação, por cores, das ações. Estes quadros apresentavam cartões de tarefas com as informações dos projetos e foram editados de forma colaborativa pelos membros da equipe à medida que as tarefas eram concluídas, e para cada atualização feita nos projetos, o sistema notifica os usuários vinculados à tarefa, de acordo com o seu papel na atividade. Ao marcar algum membro da equipe em um

cartão não só significa determinar que aquele membro da equipe está responsável pela tarefa em questão, como também faz com que todas as demais pessoas do quadro estejam cientes de que cada um está trabalhando no momento. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Dentre os resultados destacam-se: A utilização das TIC em resposta a uma necessidade real de (re)organização dos processos de trabalho. A ferramenta foi compartilhada com todos os 13 membros da coordenação do SAD, possibilitando a todos acompanhar o andamento das atividades/projetos. Após uma capacitação acerca do uso do Trello®, foi organizado um cronograma com alinhamento dos prazos estipulados para realização das atividades para cada grupo de trabalho. Foram criados dez (10) quadros com os seguintes temas: Incorporação Insumos e Parque Tecnológico; Equipe de Regulação; Reuniões SAD; Qualificação da Atenção Domiciliar; *Backlog* SIGRAH (Solução Integrada de Gestão Hospitalar, Ambulatorial e de Regulação); Informatização SIGRAH; Monitoramento da Qualidade Assistencial; Diretrizes Farmacêuticas; Atividades Administrativas; Projeto Estratégico. As tarefas foram atualizadas diariamente, com *checklist*; relatos sobre o sequenciamento de cada atividade e sinalizações com etiquetas possibilitando o gerenciamento de todos os integrantes no desenvolvimento dos projetos. O caráter visual e a forma de registro das atividades em andamento e das prioridades facultaram o seguimento de todos os membros e êxito no cumprimento das atividades, observando um importante avanço no desempenho das demandas. Desta forma, monitorou-se as atividades concluídas e as que ainda estavam em processo (FIGURA 1). Foi organizado um cronograma com um responsável por cada atividade, com alinhamento dos prazos para realização das mesmas, com o objetivo de sistematizar as demandas e aproveitar ao máximo a plataforma. O que acarretou uma diminuição da necessidade de reuniões periódicas para monitoramento dos projetos. Apesar dos membros da equipe não conhecerem o Trello®, a simplicidade do software e os investimentos na busca pelo conhecimento oportunizaram o gerenciar as atividades, compartilhamento fácil e rápido e boa interatividade. Após 3 meses da implantação observamos que dos 10 projetos propostos inicialmente, 40% foram concluídos dentro do prazo previsto e 60% estão em andamento com progressões de 25%, 50% e 75%, conforme gráfico 1. **CONCLUSÕES:** Dado o contexto de trabalho híbrido decorrente da pandemia do novo coronavírus a incorporação de TICs apresentou-se como uma opção estratégica para otimizar o desempenho e acompanhamento das atividades/projetos SAD-BH. A utilização do Trello® na rotina da organização das atividades proporcionou um importante ganho na otimização do tempo, tendo em vista que permitiu priorizar, sinalizar e monitorar todo o processo. Podemos concluir que o uso do Trello® favoreceu, também, na redução da quantidade de reuniões e contribuiu para um planejamento estruturado e eficaz, possibilitando um melhor dinamismo do grupo na realização das tarefas do trabalho e das prioridades do serviço; concebendo uma maior interação dos grupos de trabalho. Seu uso repercutiu no aprimoramento de todo o processo do “cuidar”, conferindo mais segurança no cuidado ao paciente, que se tornou o beneficiário destas tecnologias de informação juntamente com os profissionais de saúde. Além dos resultados alcançados, espera-se que essa experiência contribua para o desenvolvimento de métodos ágeis de gestão a outros serviços e/ou instituições, tanto pelo potencial de organização, quanto pela articulação e envolvimento da equipe em prol dos resultados almejados. Consolidou-se o uso do Trello® como ferramenta de uso contínuo e diário mesmo após encerramento do trabalho remoto, visto os ganhos supracitados.

PALAVRAS-CHAVE: Administração de Serviços de Saúde; Saúde Pública; Projetos de Tecnologias de Informação e Comunicação.

REFERÊNCIAS

BERWICK, D. M.; NOLAN, T. W.; WHITTINGTON, J. The triple aim: care, health, and cost. **Health Affairs (Project Hope)**, v. 27, n. 3, p. 759–769, 2008. Disponível em: <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.27.3.759>. Acesso em: 09 de agosto de 2022.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. **Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior: 3º QUADRIMESTRE DE 2021**. Belo Horizonte. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-degoverno/saude/2022/3rdqa2021.pdf>. Acesso em: 01 de agosto 2022.

GOMES *et al*, 2014. **A Polissemia da Governança Clínica: uma revisão da literatura**. Ciência & Saúde Coletiva. DOI: 10.1590/1413-81232015208.11492014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/nsDsyzqYbvS7z8CY4wnb8cCf/abstract/?lang=pt#>. Acesso em 11 de agosto de 2022.

MELLO, A. C; SOUZA, L. H. G. Solução Simplificada para o Monitoramento e Controle de Projetos Utilizando a Ferramenta Trello. **Boletim do Gerenciamento**. [S.l.], v. 2, n. 2, out. 2018. ISSN 2595-6531. Disponível em: <https://nppg.org.br/revistas/boletimdogerenciamento/article/view/35>. Acesso em 20 de agosto 2022.

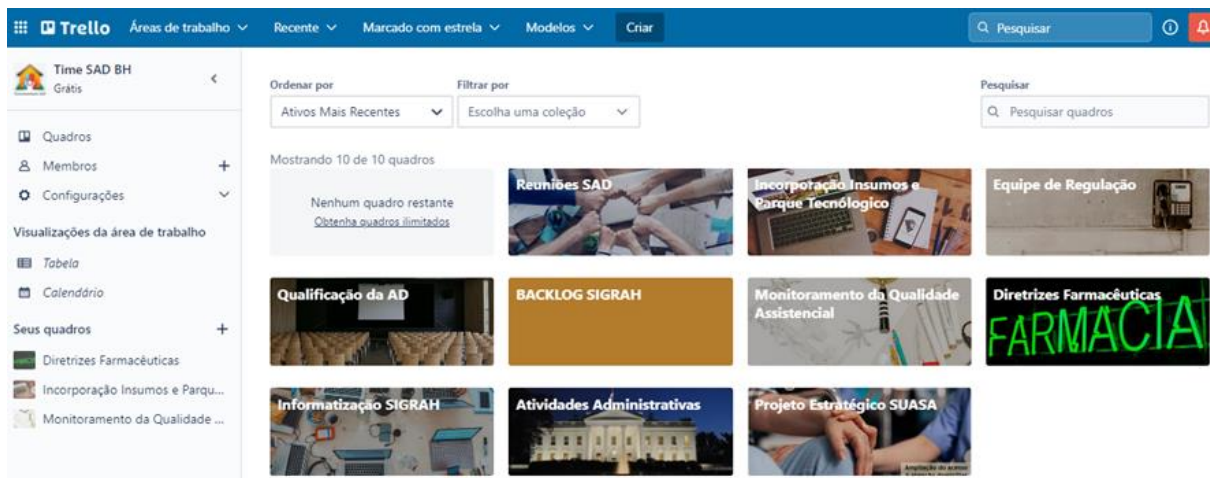
PAES, L. G. *et al*. **O uso de indicadores como ferramenta de gestão na Estratégia Saúde da Família**. Revista de Enfermagem da UFSM, 2015 Jan/Mar; 5(1):40-49. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/index.php/reufsm/article/view/14150>. Acesso em 10 de agosto de 2022.

SANTA CATARINA. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Núcleo Telessaúde Santa Catarina. **Tecnologias de gestão na atenção primária à saúde** [recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina, Núcleo Telessaúde Santa Catarina; autores, Letícia de Lima Trindade... [et al.]. – Dados eletrônicos. – Florianópolis: CCS/UFSC, 2019. CCS/UFSC, 2019. 56 p. Disponível em: https://www.udesc.br/arquivos/ceo/id_cpmenu/1311/Tecnologias_Gestao_Carise_Monica_15868009797589_1311.pdf. Acesso em 02 de agosto de 2022.

SILVA, J. B; ANASTÁCIO, F.A.M. Método Kanban como Ferramenta de Controle de Gestão. Id on Line **Rev.Mult. Psic.**, 2019, vol.13, n.43, p. 1018-1027. ISSN: 1981-1179. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/2658>. Acesso em 01 de setembro de 2022.

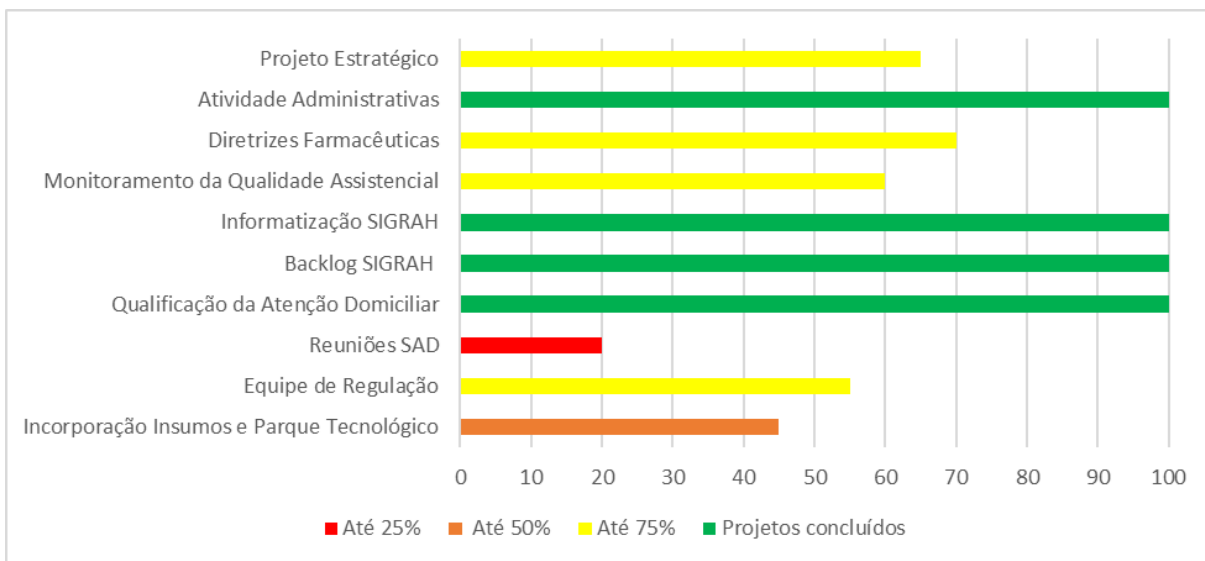
APÊNDICES

Figura 1: Quadro Trello® do Serviço de Atenção Domiciliar do município de Belo Horizonte, Minas Gerais



Fonte: Quadro Trello® dos autores, 2022.

Gráfico 1: Análise dos resultados observados após 3 meses de implantação do Trello®



Fonte: Próprio autor, 2022.

CHECK LIST PARA ACIONAMENTO DE PLANO DE CONTINGÊNCIA EM SITUAÇÕES DE CRISE EM SERVIÇOS DE SAÚDE EM SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

Vanessa Soares Martins; Enfermeira com MBA em Gestão de Serviços de Saúde e Auditoria.
Instituição: Hospital Ciências Médicas.

Priscilla da Silva Martins; Enfermeira especialista em Nefrologia, Pós-graduada em Gestão de
Projetos, MBA em Gestão de Serviços de Saúde e Auditoria. Instituição: Hospital Ciências
Médicas

Renato Rodrigues da Silva; Gestor de Serviços de Saúde, Universidade Federal de Minas
Gerais.

INTRODUÇÃO: Em 2019, surgiu o novo coronavírus (SARS-CoV-2), responsável pela infecção respiratória classificada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma pandemia. Diante SARS-CoV-2 e seguindo as orientações da OMS, foram criados protocolos baseados em evidências científicas e diretrizes diferenciadas, sendo estas vinculadas com as normas da atenção básica de saúde, englobando o “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”. Dentre diversos setores de saúde, existe o Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) que é fundamental para o diagnóstico e prognóstico do paciente, dando maior resolutividade e rapidez ao tratamento. Teve um grande destaque na pandemia pela realização de exames de imagem buscando avaliar o sistema respiratório (sistema este mais afetado pela covid 19). Assim foi necessário criar gerenciamento de fluxos para os pacientes com o SARS-CoV-2 e indivíduos com outras patologias evitando, desta forma, a contaminação cruzada. **OBJETIVO:** Abordar a importância dos protocolos e fluxos de contingência e propor a implementação de um check-list que possa ser utilizado por diversos serviços para o direcionar a equipe responsável na avaliação e implementação das ações para acionamento do plano de contingência, atividades durante o período de vigor do plano até o encerramento e desmobilização de ativos. **REFERENCIAL TEÓRICO:** Quando pensamos em risco, a principal ação ligada ao seu gerenciamento é a prevenção e mitigação dos perigos existentes e, posteriormente, a tratativa daqueles que de fato se concretizaram. No cenário da saúde em casos de Emergências de Saúde Pública, precisamos de um modelo de gestão estruturado e um plano de ação que possa ser ativado assim que necessário para realizar a coordenação deste evento. (FERREIRA, et al., 2019). A gerência das organizações de saúde precisa estabelecer um plano de gestão de crise/desastres e obviamente realizar ciclos de treinamento, capacitação e atualização da equipe, para que todos os colaboradores possam estar preparados, caso eventos desta magnitude aconteçam. (FERREIRA, et al., 2019). A assistência ao paciente deve ser de forma integral, de qualidade e segura. Durante a pandemia, foi necessário realizar uma implementação de ações através de Procedimentos Operacionais Padrões (POP's) fundamentados em publicações e evidências científicas, para melhorar a qualidade do serviço prestado e que possam auxiliar os colaboradores de cada setor na sua jornada diária de trabalho e minimizando os riscos da assistência prestada. (SANTOS, et al., 2019). A gestão da qualidade do trabalho realizado é considerada atualmente uma exigência de melhoria dos serviços sendo assim, de extrema importância que estas melhorias sejam realizadas no sistema de saúde prestado para controlar e normalizar a qualidade. (ACAUAN et al., 2014; FERREIRA, et al., 2019). De acordo com o estabelecido pelo Marco Sendai para a Redução do Risco de Desastres 2015-2030, redigido pelo Escritório das Nações Unidas, são indicadas quatro ações a serem priorizadas: compreender, gerenciar e reduzir os riscos e aumentar a resposta aos desastres. (FERREIRA,

et al., 2019). **MÉTODO:** Este trabalho foi realizado de forma qualitativa através do relato de experiência dos autores durante a prestação da assistência em um serviço de SADT de um hospital de grande porte da região metropolitana de Belo Horizonte que sofreu diversos impactos durante a COVID, como aumento na demanda de exames de urgência, suspensão dos exames eletivos, absenteísmos de colaboradores devido a contaminação em grande escala, gerando a necessidade de alteração dos fluxos de atendimento. Com base na vivência e na revisão da literatura sobre o tema foi elaborado o check list (Elaborado pelos autores; 2022) para avaliação dos requisitos de acionamento e condução até o fechamento do plano de contingência. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A gestão do SADT sofreu diversos impactos durante a COVID. Por estarem de frente no diagnóstico da nova doença ocorreu um grande aumento na demanda e alteração do fluxo de exames. As rotinas do setor acabaram sendo alteradas devido aos diversos desfalques no quadro de colaboradores ocasionados por contaminação pelo vírus. Grandes foram os impactos financeiros com aumento dos custos de materiais, hora extra de colaboradores e a redução expressiva dos exames eletivos. (ACAUAN, et al., 2014). Diante da preocupação em realizar a organização do serviço de forma que pudesse garantir a operação e ao mesmo tempo proteger a equipe multiprofissional, e aos pacientes, com o menor impacto possível no atendimento. Foi necessário transformar o centro de imagem para operar em dois cenários diferentes (do COVID e de outras patologias) no mesmo espaço, pois o SADT é muito restrito a equipamentos, que em sua maioria são grandes, pesados e de alto custo, sendo difícil deslocá-los para outro espaço. (ACAUAN, et al., 2014). Esse panorama levou a uma diminuição drástica na produtividade, do corpo médico e de toda a equipe multiprofissional, devido a restrição no atendimento eletivo e de algumas doenças crônicas. (ACAUAN, et al., 2014). Com essa mudança abrupta do cenário mundial e dos serviços de saúde, começaram a faltar itens básicos como os equipamentos de proteção individual (EPI's), como por exemplo: máscaras e luvas, para os profissionais de saúde, pois houve um desabastecimento repentino com a alta da procura pelos insumos, além de medicações para sedação, entre outros medicamentos. (MOREIRA, 2021). Alguns equipamentos essenciais tiveram seus preços superfaturados no mercado, gerando a necessidade de organizações se uniram para realizar compras conjuntas e até mesmo negociar com fornecedores internacionais, na tentativa de conseguir um melhor preço de custo. (MOREIRA, 2021). E para agravar ainda mais a situação, diversos profissionais da saúde se contaminaram devido à falta de investimento em treinamentos na sequência correta de retirada e colocação de EPI 's. (MOREIRA, 2021). Avaliando estas necessidades, e todo o movimento de despreparo das instituições de saúde que precisavam formular seus próprios planos de gestão de crise durante o momento em que vivenciavam o caos da COVID-19 e da sua alta taxa de transmissibilidade, elaboramos o check list com a intenção de geração de valor para a preparação de resposta ao risco e a implementação das ações auxiliando no gerenciamento de situações de crise em serviços de saúde. **CONCLUSÕES:** Sabe-se que questões de saúde pública podem sobrecarregar os serviços de saúde, sejam em situações como a COVID-19 ou em situações de grandes desastres com alto número de feridos, por exemplo. Durante as discussões das atividades e ações necessárias para a organização do serviço, ficou evidente a real necessidade de que todos os serviços de saúde, independentemente do tipo de atenção estejam preparados para estas situações. Como entendemos a importância de uma organização geral de todos os serviços de saúde, a elaboração do material foi realizada de forma que sua aplicabilidade seja simples e genérica com atividades que devem ser cumpridas por diversos setores e organizações de saúde envolvidos no atendimento de múltiplas vítimas ou demanda excessiva de pacientes que ocorra de maneira repentina. Vale ressaltar que essa ferramenta de check list é exclusiva para avaliação dos requisitos de acionamento e condução até o fechamento do plano de crise e desta forma, caso o serviço de saúde deseja implementá-lo é necessário seguir as ações que foram propostas

no plano de ação, elaborando planos de melhorias, para que o serviço esteja minimamente estruturado para o funcionamento em situações de crise.

PALAVRAS-CHAVE: Plano de Contingência; Gestão de Crise; Gestão em saúde.

REFERÊNCIAS

ACAUAN, Laura Vargas; RODRIGUES, Maria Cristina Soares; PEREIRA, Jeferson Lima. **Gestão da qualidade em centro de diagnóstico por imagem e segurança do paciente: um ensaio reflexivo.** *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 13, n. 1, p. 179-184, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v13i1.19239>. Acesso em 10/01/2022.

FERREIRA, Victor Hugo Souto et al. **Contribuições e desafios do gerenciamento de enfermagem hospitalar:** evidências científicas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 40, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/bNCNmx8B8fFZFyWZfCG9WLm/?format=html&lang=pt>. Acesso em 10/01/2022.

MOREIRA, Augusto César Malta Laudares et al. **Prevenção do contágio de covid em hospitais.** *Revista Corpus Hippocraticum*, v. 1, n. 1, 2021. Disponível em: <http://189.112.117.16/index.php/revista-medicina/article/view/458>. Acesso em 10/01/2022.

SANTOS, Valenthina Fernanda Martins; LINS, Micherllayne Alves Ferreira. **Procedimento operacional padrão: instrumentos gerenciais e sua relação com a assistência no contexto hospitalar.** *Revista Multidisciplinar do Sertão*, v. 1, n. 4, p. 603-611, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.37115/rms.v1i4.208>. Acesso em 10/01/2022.

APÊNDICE

Quadro 1- CHECK LIST PARA ACIONAMENTO DO PLANO DE CONTINGÊNCIA A SITUAÇÕES DE CRISE EM SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO

Documento elaborado para orientar e facilitar o manejo das ações relacionadas ao acionamento do plano de contingência em situações de crise, no intuito de agilizar o processo decisório e o start das atividades que irão contemplar desde a fase de estado de alerta que antecede a situação de crise, até o atendimento das demandas durante a vigência do estado de crise, até a fase final de retomada das atividades normais conforme fluxos e processos estabelecidos.

O check list em questão foi elaborado com base na avaliação de um serviço de apoio diagnóstico, e poderá ser adaptado para toda e qualquer organização de saúde. Em casos específicos conforme a demanda e especificidade do serviço podem ser necessárias alterações das ações do check list, ou conforme a validação prévia do plano de contingência em situações de crise itens específicos de cada serviço poderão ser incluídos no check list para que ele reflita a realidade e atende às reais necessidades de organização da instituição frente a demandas consideradas crise ou catástrofes.

Para propor novas alterações os serviços também devem avaliar dados epidemiológicos e gerenciais para guiar de forma fidedigna o planejamento das ações não deixando de lado o foco na qualidade, eficiência e efetividade dos protocolos e rotinas assistenciais.

Esse check list está dividido em quatro blocos, sendo que cada um representa um momento específico da crise.

- **Etapa 1: Análise do Cenário Atual**

Nesta etapa cabe aos responsáveis pelo gerenciamento do plano de gestão de crise avaliar a necessidade de startar as atividades relacionadas ao plano de gerenciamento de crise definido anteriormente na organização de saúde.

Vale ressaltar que abaixo foram sinalizadas duas situações de estado de alerta para a gestão organizacional, mas que de acordo com o porte da instituição e o nível de atendimento realizado, estes critérios de alerta podem ser alterados em conformidade com o plano estabelecido.

- Situação de atendimento a desastres
- Aumento na demanda de atendimento em 40% da capacidade produtiva da unidade

- **Etapa 2: Indicar estado de alerta institucional e iniciar preparação para as situações de crise.**

Seguir com avaliação caso um dos campos acima esteja sinalizado

- Notificar para toda a organização o estado de alerta e os responsáveis pelo acionamento do plano de resposta às situações de crise
- Verificar estoques e necessidade de abastecimento de insumos para as unidades
- Verificar necessidade de treinamento in loco para prevenção de contaminação em todos os setores da organização conforme o risco/tipo de contaminação
- Verificar com a equipe possibilidade de dobrar e jornada estendida
- Avaliar necessidade de ampliação do horário de funcionamento setorial
- Verificar necessidade de contratação de equipe
- Entrar em contato com instituições parceiras solicitando apoio para casos de referência e contra referência, além de formação de grupos de compras de insumos necessários

Plano de Contingência em Situações de Crise foi Acionado? Isso significa que a organização de saúde passou do estado de alerta e agora serão realizadas ações efetivas de dimensionamento de recursos.

- Sim - seguir para a etapa 3
- Não - manter o estado de alerta até que o plano seja acionado ou que o estado de alerta seja encerrado.

- **Etapa 3: Consiste nas ações que devem ser tomadas após o acionamento do plano de gestão de crise.**

Seguir após o acionamento do plano de resposta às situações de crise

- Realizar remanejamento de salas e equipamentos conforme plano de resposta às situações de crise
- Acionar colaboradores capacitados de outros setores que possam ser remanejados temporariamente
- Realizar controle diário de número de colaboradores aptos a exercer as funções X Escala mínima necessária para funcionamento do setor
- Manter contato e networking com instituições parceiras buscando apoio e alternativas de solução dos problemas em conjunto
- Realizar reuniões periódicas de comunicação com as equipes sobre estado atual e tendência dos próximos dias
- Verificar a necessidade de promover apoio psicológico para as equipes.

Plano de Contingência de Situações de Crise pode ser encerrado? Isso significa que a organização de saúde passou do estado de nível crítico de atendimento e a instituição poderá retomar o seu funcionamento habitual.

- Sim - continuar com as atividades até que o plano possa ser encerrado.
- Não - seguir para a etapa 4

- **Etapa 4: Consiste no fechamento do plano de Contingência em Situações de Crise**

Seguir após o encerramento da situação de crise

- Desmobilizar salas e equipamentos que foram remanejados
- Realocar colaboradores que foram remanejados
- Realizar reunião com equipes repassando o estado atual
- Verificar a necessidade de promover apoio psicológico para as equipes.
- Avaliar a execução do plano, seus resultados e a lista de lições aprendidas. Se necessário realizar ajustes no Plano de Gerenciamento de Situações de Crise.

Fonte: Elaborado pelos autores (2022)



COMPETÊNCIAS PARA O CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE

Patrícia Lourdes Silva, Doutoranda em Ciências Aplicadas à Saúde do Adulto, Faculdade de Medicina /UFMG

Adriane Vieira, Doutora em Administração/UFMG, Departamento de Gestão em Saúde/EE/UFMG

Maria Clara Rodrigues de Paula, Graduação em Gestão de Serviços de Saúde, Escola de Enfermagem/UFMG

RESUMO

INTRODUÇÃO: Neste trabalho optou-se por usar o termo cuidado centrado no paciente por ser o mais comum na literatura, considerando que não se deve reduzir a pessoa aos seus sintomas e/ou doenças, e que o cuidado exige uma abordagem holística, incorporando as dimensões: contexto de uma pessoa e sua expressão; preferências e crenças individuais (CASTRO *et al.*, 2016). Na saúde, o desenvolvimento de competências apresenta-se como uma nova perspectiva para a formação dos profissionais da área, não só por incentivar a reflexão crítica, como também por ser capaz de responder às exigências impostas pelo atual cenário de mudanças sociais e favorecer o desenvolvimento do profissional (VIEIRA *et al.*, 2016). Uma forma de identificar se a organização está inserindo a cultura do cuidado centrado na vida de seus pacientes é analisar de maneira sistêmica a relação entre pacientes e profissionais. **OBJETIVO:** O objetivo do estudo foi analisar a capacidade da equipe de profissionais da saúde de prestar o cuidado centrado no paciente, por meio da autoavaliação de suas competências. **REFERENCIAL TEÓRICO:** O cuidado centrado no paciente envolve: enfoques multiprofissionais; parcerias; respeito aos desejos do paciente a partir de suas necessidades social, emocional e física; apoio; informação; comunicação; participação do paciente e de sua família; estímulo; respeito à dignidade e à privacidade; e busca de conforto físico e emocional. O paciente deve ser envolvido, ouvido e informado na terapêutica. Os profissionais da saúde devem considerar suas necessidades físicas e emocionais e estabelecer uma relação de parceria com ele, garantindo a participação do doente nas tomadas de decisão sobre os rumos terapêuticos, pois cada paciente tem uma identidade única, relacionada a sua experiência, o meio em que vive e sua condição física e social (ALBUQUERQUE *et al.*, 2017). A competência do indivíduo não é um estado e não se reduz a um conhecimento específico, mas, o resultado do cruzamento de três eixos: a formação da pessoa; sua formação educacional; e sua experiência profissional (VIEIRA *et al.*, 2016; MEETZ *et al.*, 2021). Para realizar o cuidado centrado, o profissional deve apresentar competências diferenciadas, como: capacidade para gerenciar conflitos; resolutividade; domínio de argumentação; comunicação assertiva; negociação; tomada de decisão; e educação e desenvolvimento profissional, são requisitos essenciais para a qualificação na estratégia, de obter a qualidade do cuidado do paciente (AHN; EUN, 2021). **METÓDO:** O método escolhido foi o levantamento, do tipo transversal, de um hospital privado em um município de Minas Gerais. A coleta de dados ocorreu entre outubro e dezembro 2019, com a prévia autorização dos autores do questionário original. Uma população-alvo de 1262 profissionais de saúde. Os critérios de inclusão foram: profissional de saúde com mais de seis meses de contratação. Foram excluídos os profissionais que se recusaram a participar da pesquisa ou não estiveram presentes nos dias da aplicação. A técnica de seleção foi aleatória e não-probabilística. A investigação foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do hospital, e instituição de ensino, todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados dos questionários foram tabulados em planilha Excel e analisados por meio do software IBM SPSS (*Statistical*



Package for the Social Science). O questionário traduzido e validado foi o *Care in Dialogue Competence Scale* (Cuidado no Diálogo - Escala de Competências) (SCHOOT; PROOT; DE WITTE, 2006). A versão original com 36 itens foi traduzida e reduzida para 11 itens após avaliação. Utilizou-se a *Average Variance Extracted* (AVE), ou Variância Média Extraída. O instrumento obteve uma AVE igual a 0,549, AC igual a 0,829 e CC igual a 0,830, valores considerados adequados. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A versão final do instrumento foi aplicada em uma amostra de 148 respondentes, compostas por: 31,1% técnicos de enfermagem; 22,3% médicos; 18,2% enfermeiros; 16,2% fisioterapeutas, 3,4% farmacêuticos, 2,7% psicólogo, 2% nutricionista, 1,4% acadêmico enfermagem, 0,7% acadêmico medicina, 1,4% serviço social. A percepção dos profissionais de saúde é de que as competências relacionadas ao cuidado centrado são colocadas em ação, porém, algumas ações ainda precisam se aperfeiçoadas (Apêndice 1). Eles possuem conhecimento sobre os pressupostos que sustentam o modelo, mas ele ainda não está totalmente incorporado na prática. Os profissionais encontram dificuldade de exercer a comunicação, o diálogo, a gestão compartilhada do cuidado, conforme preconizado pelo modelo. Identifica-se, a necessidade de treinamento da equipe clínica em técnicas de comunicação, que possam facilitar a tomada de decisão e o autogerenciamento do paciente (ROSLAND *et al.*, 2018). A autoavaliação dos profissionais de saúde permitiu identificar possíveis discrepâncias no desempenho profissional e na capacidade de prestar o cuidado centrado no paciente. Os resultados do estudo evidenciam que a filosofia do cuidado centrado está sendo incorporada aos poucos, sugerindo um processo de educação permanente para uma mudança sólida na prática dos profissionais. A consciência da necessidade de melhoria é um pré-requisito para a mudança de comportamento e o desenvolvimento de competências. **CONCLUSÃO:** O instrumento analisou a capacidade da equipe profissional de prestar o cuidado centrado no paciente por meio da autoavaliação de suas competências. A ferramenta pode auxiliar na identificação do nível de desempenho da competência do profissional, das necessidades de treinamento. Os profissionais consideram que a implantação do modelo centrado no paciente está em andamento e pode ser melhorada. A comunicação efetiva e a gestão compartilhada para a tomada de decisões junto com o paciente são competências a serem desenvolvidas. O processo de comunicação entre os membros das equipes pode ser otimizado por meio das interações humanas, estímulo à relação de confiança, reconhecimento profissional, melhora do entendimento do outro e do compartilhamento de informações entre os membros da equipe, pacientes e seus familiares. Acredita-se que essas competências devem ser potencializadas por meio do processo de mudança cultural da organização e da educação permanente. Após a realização de ações de treinamento e desenvolvimento, considera-se importante que o instrumento seja reaplicado, a fim de verificar se houve ou não o fortalecimento da cultura do cuidado centrado, evidenciando o desdobramento do processo de mudança cultural.

PALAVRAS-CHAVE: Comparação transcultural; Estudo de validação; Cuidado centrado no paciente.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M. V. de *et al.* Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1055-1064, 2017.

AHN, J.Y; EUN, Y. The effect of nursing competence on patient-centered care among nurses caring for patients with chronic disease: the mediating effect of burnout and the moderating

effect of nursing work environment. **Korean Journal of Adult Nursing**, v. 33, n. 2, p. 134-144, 2021.

CASTRO, E. M. *et al.* Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: a concept analysis based on a literature review. **Patient Education and Counseling**, v. 99, n. 12, p. 1923-1939, 2016.

METZ, A. *et al.* Implementation practice in human service systems: Understanding the principles and competencies of professionals who support implementation. **Human Service Organizations: Management, Leadership & Governance**, v. 45, n. 3, p. 238-259, 2021.

ROSLAND, A. *et al.* Patient-centered medical home implementation and improved chronic disease quality: a longitudinal observational study. **Health Services Research**, v. 53, n. 4, p. 2503-2522, 2018.

SCHOOT, T.; PROOT, I.; WITTE, L. P. Zelfbeoordeling van competenties voor vraaggerichte zorg in de thuiszorg: de ontwikkeling van de Zorg in dialoog Competentie Schaal. **Verpleegkunde**, v. 21, n. 3, p. 175-185, 2006.

VIEIRA, A. *et al.* Construção de uma escala de auto e heteropercepção profissional. **Revista de Administração FACES Journal**, v.15, n.2, p. 9-24, 2016.

APÊNDICE

Tabela 1 - Medidas descritivas do Cuidado no Diálogo - Escala de Competências

Item	Média	DP	IC (95%)
1. Levo a sério as necessidades e preferências pessoais do cliente.	4,60	0,63	[4,50; 4,70]
2. O plano de cuidados mostra que as necessidades e desejos do cliente são centrais.	4,28	0,83	[4,15; 4,41]
3. Ao implementar o cuidado, adapto-me aos desejos e possibilidades do cliente.	4,17	0,79	[4,04; 4,30]
4. Avalio regularmente o plano terapêutico juntamente com o cliente e familiares.	3,84	1,06	[3,67; 4,02]
5. Incentivo o cliente e familiares a trazerem seus próprios conhecimentos e experiências durante o processo de cuidado.	3,96	1,07	[3,79; 4,13]
6. Incentivo o cliente a assumir a responsabilidade e organizar seu processo de autocuidado.	4,04	1,16	[3,85; 4,23]
7. Apoio e incentivo o cliente em suas iniciativas.	4,16	0,97	[4,01; 4,32]
8. Adapto o plano de cuidados aos desejos de mudança e demandas do cliente.	4,14	0,90	[4,00; 4,29]
9. Auxílio os colegas na busca de formas alternativas para atender a demanda do cliente diante de limitações pessoais ou institucionais.	4,47	0,71	[4,36; 4,59]
10. Estou aberto às críticas dos clientes.	4,70	0,57	[4,60; 4,79]
11. Estou aberto às críticas dos colegas.	4,70	0,56	[4,61; 4,79]

Fonte: elaborado pelos autores.

COMPLIANCE NA GESTÃO HOSPITALAR: UMA ANÁLISE DO PERFIL DOS HOSPITAIS PERTENCENTES À MACRORREGIÃO DE SAÚDE CENTRO EM MINAS GERAIS

Amanda Menezes Oliveira, Graduanda em Gestão de Serviços de Saúde, Universidade Federal de Minas Gerais;
Keli Bahia Felicíssimo Zocratto, Doutora em Saúde Pública, Universidade Federal do Estado de Minas Gerais;
Adriane Vieira, Doutora em Administração, Universidade Federal de Minas Gerais;
Renato Rodrigues da Silva, Mestre em Gestão de Serviços de Saúde, Universidade Federal de Minas Gerais.

RESUMO

Compliance é uma palavra da língua inglesa, que vem do verbo “*to comply*”, significa cumprir e agir em conformidade. No Brasil, este é o mesmo significado que carregam os programas de *Compliance* e Integridade, os quais possuem o objetivo de fazer cumprir com que a organização e seus *stakeholders* estejam de acordo com as normas legais, regulamentares, políticas e códigos de conduta internos na instituição. Além disso, o *Compliance* possui como maior princípio a Integridade e a promoção da mesma entre as pessoas (ANAHP, 2016); por isso são tão enraizadas as discussões sobre ética em saúde no contexto de *Compliance*. A complexidade do tema é atestada quando a tentativa de implantar as mesmas práticas éticas em todos os países não obtém êxito, uma vez que se tratam de culturas diferentes, não sendo possível a universalização. Entretanto, essa dificuldade não deve impedir que sejam combatidos desvios de conduta danosos em comum a todos os países, tal qual a corrupção. Sendo assim, o *Compliance* serve como base na padronização mundial de combate às práticas de conflito de interesse, o qual acontece quando o interesse individual se sobrepõe e fere o interesse coletivo. Por ser um tema amplo, na prática a Ética é dividida por setores na sociedade, divide-se em nível micro (interessada nas ações dos atores, no impacto nas suas relações) e nível macro (organizacional, interessada por questões sociais importantes, como a legitimidade de práticas dentro das organizações, justiça, direitos e liberdade). Diante disso, para tratar sobre a Ética em saúde, este estudo abordará principalmente o conceito de Ética organizacional (PARAÍZO; BEGIN, 2020). Segundo a norma ISO 19600:2014, o programa de *Compliance* pode estar alinhado aos seus focos principais, que são: área financeira, gestão de riscos, qualidade, meio ambiente e de saúde e segurança do trabalho (ABNT, 2014), assim, contribuindo para um comportamento ético e socialmente responsável por parte das empresas. O funcionamento do programa é a materialização e operacionalização da Ética organizacional. Por se tratarem de instituições complexas, os hospitais precisam de uma área responsável pelo *Compliance* e Integridade, seguindo o movimento internacional a partir dos anos 2000. O *Compliance* ganhou visibilidade no Brasil culminando em iniciativas empresariais a partir da Lei 12.846/2013, conhecida como Lei Anticorrupção (DURÃES; RIBEIRO, 2020). As principais atribuições do programa são o levantamento dos riscos nos processos (sejam administrativos ou assistenciais), monitoramento, treinamento com os colaboradores, criação e revisão das políticas e apuração das denúncias advindas do canal (ABNT, 2014). Além do mais, o Canal de Denúncias se apresenta como uma das principais ferramentas nessa estrutura. É definido pelo decreto Nº 8.420/2015 como Canal de Denúncias de irregularidades, abertos e amplamente divulgados, assegurando o sigilo do denunciante, inclusive possibilidade anônima. Ele deve ser acessível e publicizado para o público interno e externo da instituição,

pois é por meio dele que os responsáveis pelo *Compliance* tomam conhecimento de desvios de conduta e podem agir preventivamente ou corretivamente, fazendo cumprir as regras e evitando muitos prejuízos à organização (SILVA; MELO; SOUZA, 2016). Após conhecimento da denúncia, sucederá a apuração para verificar se é procedente ou improcedente e assim tomar as medidas necessárias. Por outro lado, com a vertente preventiva, o Código de Conduta e Ética serve como fundamentação da construção de um programa efetivo. O Código de Conduta, Manual ou Código de Ética, independente da nomenclatura dada pela instituição, é definido no decreto Nº 8.420/2015, que regulamenta os mecanismos do Programa de *Compliance* como: padrões de conduta, código de ética ou políticas de integridade aplicada à todos os colaboradores e terceiros. Inclusive, apresenta-se como instrumento de gestão e governança corporativa promovendo a mudança de cultura entre os colaboradores e convergindo-os para atitudes íntegras e benéficas para empresa e seus interessados. Consiste em uma tradução em linguagem acessível das leis governamentais, princípios e políticas da organização. Assim, o Código de Conduta/Ética como pilar preventivo dentro do Programa de *Compliance*, vale destacar que qualquer desvio ao Código de Conduta deve ser reportado para apuração no Canal de Denúncias desta organização. De acordo com os fins desta pesquisa, ainda segundo o manual da ANAHP, é necessário que o meio de comunicação (o canal) entre qualquer indivíduo e o responsável pelo *Compliance* esteja amplamente divulgado. É necessário definir onde será fixado e divulgado de forma acessível ao público interno e externo para que se possa fazer uma manifestação de violação ao código de conduta e políticas daquela instituição. Dentre as várias formas existentes, a oficial é uma página no sítio eletrônico da instituição. Por ser um tema com início de discussões nas academias brasileiras mais recente, não existem levantamentos de dados semelhantes a análise que este trabalho propõe. A pesquisa será norteada pela seguinte questão: “Qual é o perfil dos hospitais que possuem programa de *Compliance* na macrorregião de saúde Centro em Minas Gerais?”. Tendo como objetivo descrever o perfil dos Hospitais pertencentes à esta macrorregião que possuem Programa de *Compliance*, por meio dos critérios de exposição pública no *website* do Código de Conduta/Ética e do Canal de Denúncias, segundo: Microrregião de saúde; Natureza jurídica e Porte. A literatura na área do *Compliance* é escassa, e sua expansão seria benéfica naquilo que tange a adequação das organizações de saúde no cumprimento de práticas éticas. Além disso, é importante conhecer o cenário em que está a quantidade de unidades hospitalares na implementação de programas de *Compliance*, assim poderão ser feitas análises sobre o comportamento ético dos serviços de saúde e suas variáveis, sobretudo o seu perfil, e o acesso da população e trabalhadores a este serviço de escuta e resolubilidade do *Compliance*. Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem quantitativa e método com procedimentos de pesquisa documental. A pesquisa descritiva caracteriza-se por realizar a identificação, registro e análises de determinado fenômeno ou objeto. Ainda é feita uma descrição das características e a possível relação entre as variáveis, através da interpretação dos fatos (NUNES; NASCIMENTO; ALENCAR 2016). Neste sentido, o presente estudo terá abordagem quantitativa que, segundo Da Silva, Lopes e Júnior (2014) é utilizada na manipulação de dados numéricos. O cenário de estudo constitui-se pelos Hospitais localizados na macrorregião de saúde Centro em Minas Gerais ativos na data de 07 de junho de 2021, no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). A amostra do presente estudo são todos os hospitais que possuem Programa de *Compliance*, advindos da população que consiste em todos os hospitais da macrorregião de saúde de Centro em Minas Gerais. Foram considerados critérios de inclusão: Existência do *website* na internet, após busca pelo Google Chrome, por meio das informações de nome completo, município e Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ) do hospital; existência de aba ou página interna dentro do *website* separada para o programa de *Compliance*, contendo obrigatoriamente dados de

contato do Canal para formalização de denúncia e disponibilização do arquivo do Código de Conduta/Ética. O processo de seleção dos elegíveis iniciou com o total de hospitais identificados na macrorregião (n=143). Dentre estes, 34 foram excluídos por não possuírem site ou não terem sido encontrados. Os hospitais excluídos apresentaram a seguinte caracterização segundo natureza jurídica e meios de comunicação disponíveis, a saber: 16 são filantrópicos, 14 são públicos e 4 são privados. Em relação a outros meios de comunicação, tem-se que 6 não possuem nenhum tipo de *website* ou rede social e são hospitais privados ou filantrópicos, 15 não possuem nenhum tipo de *website* site ou rede sociais e são hospitais públicos/municipais e 13 não possuem *website*, mas possuem rede sociais (*facebook, instagram e linkedIn*) e são hospitais privados ou filantrópicos. Ao final, participaram do presente estudo, 37 (trinta e sete), hospitais pertencentes à macrorregião de saúde Centro em Minas Gerais. Considerando a distribuição geográfica por microrregião de saúde, no primeiro gráfico observou-se 37 hospitais que contemplam em seu *website* as duas características de *Compliance* analisadas, 27 (81,1%) unidades pertencem à região de Belo Horizonte/Nova Lima/Caeté. A região de Betim possui 3 (8,1%), enquanto que as demais possuem distribuição semelhante (2,7%). Em relação à Natureza Jurídica, que caracteriza em instituições privadas, públicas ou filantrópicas, a maioria dos programas de *Compliance* encontram-se no setor privado (40,5%), seguido pelo setor público (32,4%) e instituições sem fins lucrativos (27%). Considerando o porte hospitalar, definido segundo critério de quantidade de leitos, observou-se que, do total de hospitais que possuem Programa de *Compliance*, a maior parte são hospitais grandes (n=16; 43,2%), seguido dos demais tamanhos. A presença do Código de Conduta e Canal de Denúncias em aproximadamente um quarto das unidades hospitalares (25,8%) da macrorregião pesquisada, representa um avanço na literatura e estudos da área de *Compliance* em Saúde, permitindo conhecer o cenário e a distribuição de características da implementação destes programas, além da visualização do status de avanço da disseminação de culturas éticas nas organizações de saúde. Ressalta-se a importância do Programa de *Compliance* para evolução da Gestão em Saúde, além da necessidade das organizações tornarem acessíveis as informações de *Compliance* em seus *websites*.

PALAVRAS-CHAVE: *Compliance*; Gestão em Saúde; Hospital.

REFERÊNCIAS

ANAHP, Associação Nacional de Hospitais Privados. Manual do Programa de Compliance. 2016.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRAS DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). ISO 19600: Sistema de gestão de compliance - Diretrizes. Rio de Janeiro:ABNT, 2014.

BRASIL. Lei nº 12.846, de 1º de agosto de 2013. Dispõe sobre a responsabilização administrativa e civil de pessoas jurídicas pela prática de atos contra a administração pública, nacional ou estrangeira, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2 ago. 2013. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112846.htm>. Acesso em 31 jan. 2022.

BRASIL. Decreto nº 8.420, de 18 de março de 2015. Regulamenta a Lei nº 12.846, de 1º de agosto de 2013, que dispõe sobre a responsabilização administrativa de pessoas jurídicas pela prática de atos contra a administração pública, nacional ou estrangeira e dá outras providências. 2015. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/decreto/d8420.htm>. Acesso em 25 abr. 2022.

DURÃES, Cintya Nishimura; RIBEIRO, Maria de Fátima. O compliance no Brasil e a responsabilidade empresarial no combate à corrupção. **Revista Direito em Debate**, v. 29, n. 53, p. 69-78, 2020. Disponível em: <<https://revistas.unijui.edu.br/index.php/revistadireitoemdebate/article/view/9027>>. Acesso em 21 abr. 2022.

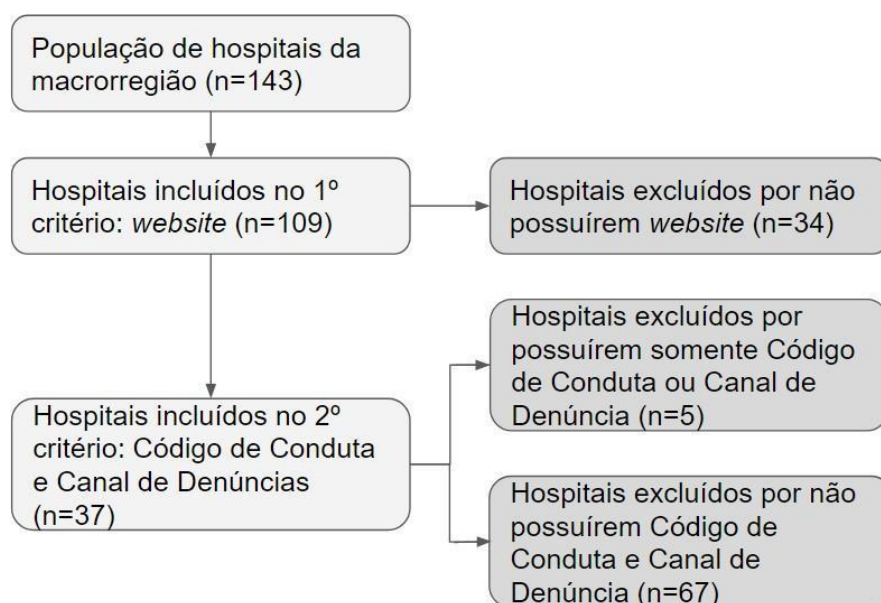
INSTITUTO BRASILEIRO DE GOVERNANÇA CORPORATIVO (IBGC). **Código das melhores práticas de governança corporativa**. 5. Ed. 2015. Disponível em: <<https://conhecimento.ibgc.org.br/Paginas/Publicacao.aspx?PubId=21138>>. Acesso em 26 maio. 2022.

PARAIZO, Claudia Borges; BÉGIN, Luc. Ética organizacional em ambientes de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 251-259, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/CXLkdYzNzswNhxsfNHVsxwC/abstract/?lang=pt>> Acesso em: 31 jan. 2022.

SILVA, Gilson Rodrigues; MELO, Hildegardo Pedro Araújo; SOUSA, Rossana Guerra. A proteção do anonimato e a eficácia do compliance: um estudo experimental sobre a influência do canal de denúncia anônima na comunicação de problemas de compliance no Brasil. In: 16º Congresso Internacional de Contabilidade, 2016 São Paulo. **Anais do 16º Congresso Internacional de Contabilidade**. São Paulo: USP, 2016. Disponível em: <<https://congressosp.fipecafi.org/anais/16UspInternational/50.pdf>>. Acesso em: 31 jan. 2022.

APÊNDICES

Figura 1 - Fluxograma seleção da amostra do estudo de acordo com CNES no ano de 2021.



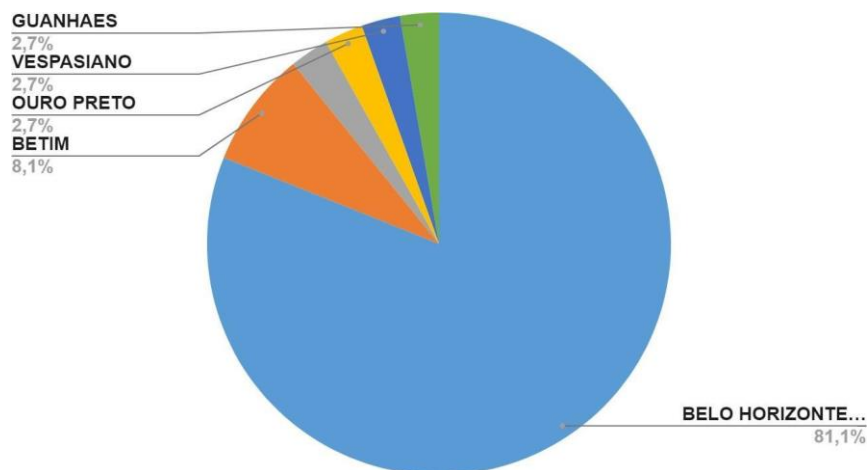
Fonte: Elaboração própria, 2022.

Tabela 1 - Distribuição da quantidade de hospitais que possuem Programa de *Compliance*, segundo município, 2022.

MUNICÍPIO	QUANTIDADE
Belo Horizonte	27
Betim	3
Nova Lima	2
Itabira	1
Ouro preto	1
Pedro Leopoldo	1
Rio vermelho	1
Sabará	1
Total	37

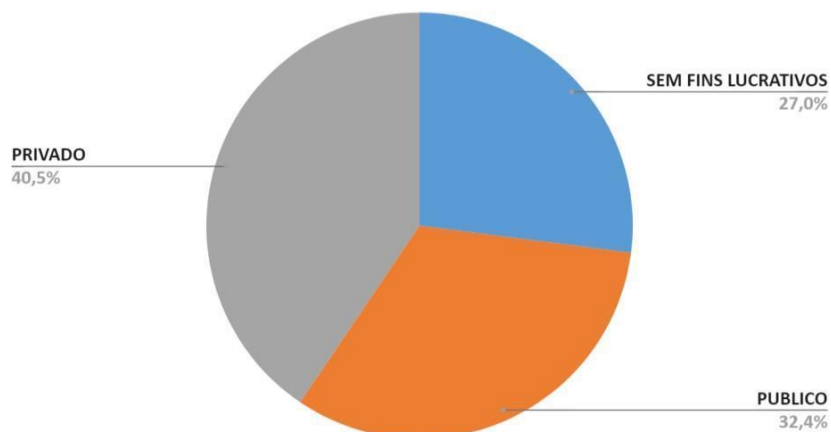
Fonte: Dados coletados na pesquisa (CNES, 2022).

Gráfico 1 - Distribuição dos hospitais que possuem Programa de *Compliance*, segundo microrregião de saúde, 2022.



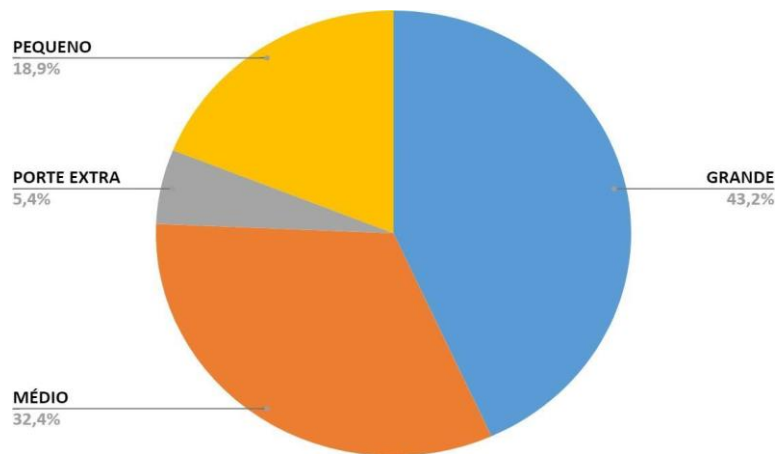
Fonte: Dados coletados na pesquisa (CNES,2022).

Gráfico 2 - Hospitais que possuem Programa de *Compliance*, segundo natureza jurídica, 2022.



Fonte: Dados coletados na pesquisa (CNES, 2022).

Gráfico 3 - Hospitais que possuem Programa de *Compliance*, segundo porte, 2022.



Fonte: Dados coletados na pesquisa (CNES, 2022).

CONTRIBUIÇÕES DAS AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Wellen Góbi Botacin; Mestre em Saúde Coletiva; Universidade Federal do Espírito Santo
Lorena Ferreira; Doutora em Saúde Pública; Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e
Inovação em Saúde

Marly Marques da Cruz; Doutora em Saúde Pública; Fundação Oswaldo Cruz – Escola
Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Carolina Dutra Degli Esposti; Doutora em Saúde Pública; Universidade Federal do Espírito
Santo

RESUMO

Introdução: A Educação Permanente em Saúde (EPS) é caracterizada como o exercício da reflexão a partir da problematização das necessidades da prática do serviço de saúde, visando a transformação da realidade e proporcionando novos saberes (BISPO-JÚNIOR; MOREIRA, 2017). Trata-se de uma estratégia essencial às transformações dos serviços de saúde, promovendo uma atuação propositiva, crítica, competente e comprometida. O quadrilátero da formação, que trata da articulação entre formação, atenção, gestão e controle social, busca a modificação das práticas e a integralidade do serviço promovendo aprendizagem significativa e reflexiva, e, sua atuação de forma integrada contribui para esse processo (CECCIM, 2005). Os profissionais do serviço são os principais responsáveis pela realização de ações de EPS, incluindo aqueles das Equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária (eNASF-AP), criadas com o intuito de contribuir no atendimento às demandas, oferecer suporte à efetivação da rede de serviços e dilatar sua abrangência, proporcionando ações mais eficazes e aprimorando a qualidade do atendimento (ANJOS et al., 2013). As ações de EPS promovem transformações e contribuições positivas aos profissionais, ao serviço de saúde e aos usuários, pois os trabalhadores se tornam melhores ouvintes e mais abertos ao diálogo, com capacidade de reconhecer e investigar as situações cotidianas, além de contribuir para a mudança das práticas profissionais, da gestão do cuidado em saúde e favorecer a interprofissionalidade, transformando o serviço de saúde em um lugar mais acolhedor e humanizado e com maior resolutividade (DONADUZZI et al., 2021; CECCIM, 2005). Cabe, portanto, verificar quais as contribuições das ações de EPS na visão da eNASF-AP. **Objetivo:** Identificar as contribuições das ações de EPS na visão de profissionais da (eNASF-AP). **Referencial teórico:** A EPS é uma ferramenta substancial para as modificações no trabalho, a fim de se tornar local de atuação crítica, propositiva, reflexiva, compromissada e tecnicamente capacitada. Para isso, necessita-se que aconteça a descentralização e a disseminação da capacidade pedagógica entre instituições, gestores, profissionais, serviços, sistemas de saúde e controle social, transformando assim o Sistema Único de Saúde em uma rede-escola, mantendo uma relação efetiva entre ensino e serviço (CECCIM, 2005; SILVA et al., 2017). A eNASF-AP foi criada para auxiliar a APS na assistência à saúde, contribuir no atendimento às demandas, ampliar seu escopo de trabalho e ajudar na efetivação da rede de serviços, no intuito de melhorar o acesso dos usuários (ANJOS et al., 2013). Deve atuar no serviço em parceria com a equipe de referência da qual faz parte, além dos profissionais e da gerência, com o propósito de pôr fim à fragmentação do cuidado, promovendo a interprofissionalidade, a integralidade do cuidado e atividades técnico-pedagógicas ou clínico-assistenciais (ANJOS et al., 2013). O trabalho da eNASF-AP também contribui de forma significativa para a saúde pública, promovendo incorporação de temáticas de saúde coletiva em projetos pedagógicos, tendo a EPS como norteadora da atualização de conhecimentos (VENDRUSCOLO et al., 2020). A partir da aquisição de novos saberes, ocasionados pela troca de experiências nos momentos de EPS, os

profissionais se tornam mais qualificados para abordar o processo saúde-doença de forma ampliada e humanizada (DONADUZZI et al., 2021). Ademais, a EPS contribui para um novo modo de pensar em saúde, permitindo aos profissionais o reconhecimento de diferentes valores, saberes e desejos coletivos para entender o cotidiano das práticas em saúde, proporcionando espaço de escuta, diálogo criativo e à decodificação do processo de trabalho, proporcionando vínculos por meio da integração entre profissionais e a concepção de estratégias apropriadas para o enfrentamento dos problemas cotidianos da rotina profissional (CECCIM, 2005).

Quando são realizadas ações de EPS os trabalhadores são estimulados e se tornam sujeitos reflexivos, que adquirem competência de propor soluções e inovações na assistência e gestão da saúde, tornando o serviço mais efetivo (DONADUZZI et al., 2021). A EPS permite também a construção de espaços coletivos e a interprofissionalidade, que, junto as transformações promovidas no próprio sujeito, possibilita mudanças nas formas de atuar frente às demandas dos serviços (CECCIM, 2005). Com a atuação baseada nas práticas cotidianas, há o rompimento da continuidade da realização de ações pautadas nas metodologias tradicionais de ensino desintegradas do processo de trabalho e que não produzem resultados satisfatórios, evidenciando a contribuição das ações de EPS na qualificação do trabalhador e na atenção aos usuários (DONADUZZI et al., 2021). **Método:** Pesquisa quantitativa com dados obtidos a partir de dados de questionário semiestruturado autoaplicado no período de novembro de 2019 a março de 2020 de forma presencial e entre agosto de 2020 e janeiro de 2021 de forma remota aos profissionais da eNASF-AP de uma capital do sudeste brasileiro. Foram incluídos os profissionais que atuavam em eNASF-AP há pelo menos dois anos no serviço, excluindo-se aqueles que se encontravam de férias ou de licença no momento da realização da pesquisa. Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública, pareceres: nº 2.464.885/2018; nº 3.033.414/2018 e nº 4.228.002/2020. **Resultados e discussão:** Participaram 49 profissionais dos 60 integrantes das eNASF-AP do município. Segundo os participantes as contribuições das ações de EPS foram a melhoria na habilidade prática para o trabalho (n=36; 76,6%), seguida de melhoria individual e coletiva da atuação e prestação dos serviços à população (n=35; 74,5%), favorecimento da integração entre os profissionais e equipes na Unidade de Saúde da Família (n=28; 59,6%) e aumento do poder de decisão dos profissionais para resolução de problemas (n=23; 48,9%). A EPS é considerada ordenadora dos processos de aprendizagem, e preconiza, como consequência, resultados satisfatórios nas ações desenvolvidas no campo da saúde (BARCELLOS et al., 2020). Conforme observado no presente estudo, as ações de EPS contribuem positivamente para a formação profissional e para a prática nos serviços de saúde, possibilitando a oferta de um cuidado cada vez mais qualificado ao usuário (DONADUZZI et al., 2021). É uma ferramenta oportuna e robusta para modificação das práticas de saúde, pois oportuniza a reflexão sobre a própria prática profissional, a busca por novos conhecimentos, ocasiona espaços de trocas de saberes e oportuniza novos modos de atuar na assistência e na gestão (DONADUZZI et al., 2021). A EPS deve valorizar uma forma de trabalho que promova o desenvolvimento pessoal, unir educação à prática e à atenção, integrar ações em suas várias dimensões de forma interdisciplinar e multiprofissional, promover olhar integrado sobre o território e o público-alvo do serviço e proporcionar mudança de prática, com base em estratégias educativas (SILVA et al., 2017). A incorporação das ações de EPS promoveu mudanças nos serviços de saúde, sendo pautadas nas necessidades locais, incentivando a criatividade e a reflexão do profissional em seu modo de atuar, criando um campo de intervenção com potencial de transformação da realidade do serviço, do modelo assistencial e mudanças pedagógicas nos processos formativos, ressignificando, assim, a formação em saúde e evidenciando o protagonismo do Sistema Único de Saúde (CAMPOS; MARQUES; SILVA, 2018; CECCIM, 2005). A EPS contribui, de forma significativa, na atuação conjunta entre a eNASF-AP e os distintos profissionais, tendo, nessa atuação interdisciplinar, a remodelação da formação individual e conjunta, promovendo momentos de

discussão e atendimentos compartilhados, contribuindo substancialmente para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (VENDRUSCOLO et al., 2020). **Conclusões:** Segundo profissionais eNASF-AP, as ações de EPS ocasionam melhorias significativas nos serviços de saúde. Suas contribuições podem ser percebidas não somente pelo indivíduo, mas também pela equipe de saúde e pelos usuários do serviço. As ações de EPS melhoram a relação interprofissional e as habilidades individuais e favorecem a tomada de decisão. Profissionais mais capacitados oferecem um serviço mais qualificado à população.

PALAVRAS-CHAVE: Capacitação de Recursos Humanos em Saúde; Pessoal de Saúde; Política de Saúde.

Agradecimentos: À Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Espírito Santo (FAPES) pelo financiamento do projeto de pesquisa.

REFERÊNCIAS

ANJOS, Karla Ferraz dos et al. Perspectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 672– 680, out/dez. 2013.

BARCELLOS, Rosilene Marques de Souza et al. Educação permanente em saúde: práticas desenvolvidas nos municípios do estado de Goiás. **Trab. educ. saúde.**, Rio de Janeiro, v.18, n. 2, p. 1-14, 2020.

BISPO-JÚNIOR, José Patrício; MOREIRA, Diane Costa. Educação permanente e apoio matricial: Formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 9, 2017.

CAMPOS, Kátia Ferreira Costa; MARQUES, Rita de Cássia; SILVA, Kênia Lara. Continuing education: speeches by professionals of one Basic Health Unit. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1–11, 2018.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.10, n. 4, p. 975-986, 2005.

DONADUZZI, Daiany Saldanha da Silveira et al. Educação permanente em saúde como dispositivo para transformação das práticas em saúde na atenção básica. **Res., Soc. Dev.**, São Paulo, v. 1, n. 5, 2021.

SILVA, Luiz Anildo Anacleto da et al. Permanent education in primary health care: perception of local health managers. **Rev. gaúch. enferm.**, Porto Alegre, v. 38, n. 1, p. 1-8, mar. 2017.

VENDRUSCOLO, Carine et al. Implication of the training ad continuing education process for the interprofessional performance. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 73, n. 2, p. 1- 8, 2020.

ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE MANUAL SOBRE COLETA DE AMOSTRAS DE SANGUE DE CORDÃO UMBILICAL PARA FINS DE EXAMES LABORATORIAIS EM RECÉM-NASCIDOS

Júnia Gonçalves de Almeida Quintão, Mestre em Gestão de Serviços de Saúde/UFMG, Coordenadora Médica da Neonatologia/Maternidade Unimed BH
Isabelle Raymundo Marchito, Graduanda em Gestão de Serviços de Saúde/EE/UFMG
Natany de Oliveira Pazini, Graduanda em Gestão de Serviços de Saúde/EE/UFMG
Karla Rona da Silva, Doutora em Biomedicina/Santa Casa-BH, Departamento de Gestão em Saúde/EE/UFMG

RESUMO

Introdução: Em Neonatologia, os avanços na qualidade da assistência prestada aos recém-nascidos (RN) nas últimas décadas contribuíram para a redução dos limites da viabilidade fetal com aumento da sobrevivência de prematuros muito pequenos. Estudo conduzido em 2009 apresentou dados referentes ao aumento na sobrevivência de RN com peso de nascimento entre 500-750g, de 44% (1987-1988) para 65% (1990-2000) (STEPHENS; VOHR, 2009). Na medida em que se observa a redução significativa nesses limites da viabilidade fetal, aumentam-se as complicações como anemia, hemorragia peri-intraventricular (HPIV), enterocolite necrosante, displasia broncopulmonar e retinopatia da prematuridade (STEPHENS; VOHR, 2009; SOUZA *et al.*, 2017). O uso do sangue de cordão umbilical se destaca como um recurso importante, mas ainda subutilizado nos cuidados aos RN, especialmente dos recém-nascidos prematuros (RNPT). Amostras de sangue extraídas no cordão umbilical podem ser utilizadas substituindo o sangue coletado de outras vias para a realização de exames laboratoriais admissionais em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) (CARROLL, 2015; PRAKASH *et al.*, 2017). **Objetivo:** elaborar e validar um manual direcionado a equipe de enfermagem sobre a técnica de coleta de amostras de sangue de cordão umbilical para realização de exames laboratoriais em recém-nascidos. **Referencial teórico:** Estudos envolvendo o uso do sangue de cordão umbilical vêm sendo realizados com diversos objetivos, desde a avaliação do tempo de clampamento do cordão umbilical, o armazenamento em banco de células tronco, até a coleta para a realização de exames laboratoriais. O artigo de revisão publicado por Carroll e colaboradores (2015) demonstrou que o sangue de cordão umbilical pode ser utilizado para realização de exames laboratoriais admissionais em UTIN, com ganhos significativos para os prematuros, como diminuição da anemia, da flutuação da pressão arterial, da HPIV e da dor nas punções vasculares. A elaboração de um instrumento educacional passa por diversas fases de construção e validação, começando pela escolha dos especialistas, que leva em consideração a experiência e formação desses profissionais. São responsáveis pela validação de aparência e conteúdo que avalia quesitos como coerência, clareza e adequação de linguagem nos tópicos do documento. Com objetivo de alcançar consenso de opiniões entre os especialistas, a validação do instrumento educacional deve ser subsidiado pela Técnica de *Delphi* com a aplicação de questionários estruturados, em diversas rodadas (MACIEL *et al.*, 2016; CURADO *et al.*, 2014). O Índice de Validade de Conteúdo (IVC) deve ser aplicado para avaliar a relevância e representatividade de cada elemento do instrumento de medida ao aferir a proporção de juízes concordantes com determinados aspectos do instrumento e seus itens (SCARPARO *et al.*, 2012). **Método:** Estudo metodológico, descritivo, de natureza quantitativa, realizado em uma maternidade privada de cuidados terciários, que atende pacientes do sistema suplementar de saúde no Município de Belo Horizonte/MG. A população do estudo no cenário alvo foi composta por

40 membros da equipe de enfermagem lotada no bloco obstétrico e centro de parto normal da maternidade, envolvida no cuidado ao parto e nascimento, sendo 33 técnicos (as) e 7 enfermeiros (as). Também, 7 especialistas eleitos a partir da *expertise* no tema da pesquisa. Foi utilizada a Biblioteca Virtual de Saúde, sendo consultadas as seguintes bases de dados: *LILACS*, *MEDLINE*, *PUBMED*, *CINAHL*, *UpToDate* e *Cochrane Library*. Os descritores utilizados foram: coleta de amostras sanguíneas, cordão umbilical, neonatologia, placenta, período pós-parto, recém-nascido, sangue fetal, segurança do sangue, testes laboratoriais, técnicas de laboratório clínico. Foram incluídos estudos publicados entre janeiro de 2011 a junho de 2021, nas línguas portuguesa, inglesa ou espanhola. O manual elaborado foi enviado por e-mail, juntamente com um formulário de avaliação com escala tipo *Likert*, para 7 enfermeiros (as) com *expertise* em bancos de células tronco, que procederam a validação da aparência e conteúdo. Para a análise semântica, foi realizada a validação pela equipe de enfermagem em reuniões de grupo com a pesquisadora, com a leitura conjunta do manual e entrega do formulário de avaliação ao final. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais sob o parecer número 4.865.040, e com anuência da instituição cenário do estudo, respectivamente. **Resultados e discussão:** Foram identificados 12 artigos na revisão integrativa da literatura com descrição completa da técnica de coleta de sangue de cordão umbilical para fins de exames laboratoriais, sendo utilizados na elaboração do manual. As etapas do processo de coleta do sangue de cordão umbilical foram detalhadas, contendo ilustrações dos procedimentos executados e incluídas no passo a passo do manual. A arte, formatação e layout foram confeccionadas por um profissional em designer gráfico, afim de tornar o manual atrativo e interessante. O perfil dos participantes do processo de validação contou com sete especialistas, seis que trabalham como coletores em bancos de células tronco e um atuou anteriormente na função por 10 anos e atualmente trabalha como professor universitário. Todos os participantes têm mais de 30 anos e 71,5% são do sexo feminino. Na equipe de enfermagem, a faixa etária predominante foi de 31 e 45 anos (55%), sexo feminino (87,5%) e atuação no bloco obstétrico até 10 anos (76,3%). Os formulários para validação do conteúdo e aparência do manual apresentavam escala do tipo *Likert* com classificação de 1 a 4, para avaliação de cada item, sendo 1 = Inadequado, 2 = Parcialmente adequado, 3 = Adequado e 4 = Totalmente adequado. Caso a opção escolhida fosse inadequada ou parcialmente adequada, era solicitado justificar a resposta em espaço próprio para esse fim. O IVC alcançado foi de 0,97 na avaliação geral do manual e na avaliação específica, 0,98. Foram realizados ajustes e adequações necessários no manual, a partir das sugestões coerentes com melhorias e cópias foram impressas. A equipe de enfermagem, responsável pela análise semântica do manual, recebeu o formulário de validação desenvolvido com 20 itens distribuídos em 5 blocos contendo os tópicos para avaliação pela escala de *Likert*: avaliação geral; objetivos; estilo da escrita; aparência e motivação. A taxa total de concordância foi de 99,9% e a concordância por blocos de tópicos foi de 99,4%. O manual foi intitulado como: “Manual de coleta de amostras de sangue de cordão umbilical para realização de exames laboratoriais”, composto por 27 páginas, 11 capítulos (Apresentação; Introdução; Objetivo; Equipe responsável pela coleta; Recém-nascidos elegíveis para a coleta; Exames a serem coletados; Como realizar a coleta; Material a ser utilizado na coleta com *Checklist*; Procedimento técnico; Fluxograma; Passo a passo com 6 passos), 11 figuras e Referências. Foi realizado o registro do ISBN número 978-65-00-43552-8 e publicado em plataforma digital, de forma a potencializar sua divulgação e acesso. **Conclusões:** A coleta de amostras do sangue de cordão umbilical para fins de exames laboratoriais na Neonatologia é uma estratégia segura capaz de proporcionar benefícios para os recém-nascidos. O manual se apresentou como uma intervenção factível, com potencial de auxiliar na redução da morbimortalidade neonatal e na melhoria dos indicadores assistenciais das maternidades, potencializando a cultura de segurança do paciente. De forma geral, este

estudo tem grande contribuição no sentido de qualificar a prática dos profissionais de saúde com conseqüente melhoria do atendimento prestado à população. Como produção científica, a entrega de um manual de coleta útil, auxilia nos processos de educação permanente da instituição participante do estudo e demais serviços de saúde do país.

PALAVRAS-CHAVE: Coleta de amostras sanguíneas; Cordão umbilical; Sangue fetal.

AGRADECIMENTOS

A Universidade Federal de Minas Gerais/PRPq, a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais/FAPEMIG e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico/CNPq pela concessão de bolsa de iniciação científica para discente de graduação.

REFERÊNCIAS

CARROLL, P. D. Umbilical Cord Blood - An Untapped Resource. **Clinics Perinatology**, v. 42, n. 3, p. 541-556, set. 2015.

CURADO, M. A. S.; TELES, J.; MAROCO, J. Análise de variáveis não diretamente observáveis: influência na tomada de decisão durante o processo de investigação. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 48, n. 1, p. 149-56, fev. 2014.

MACIEL, B. S.; BARROS, A. L. B. L.; LOPES, L. L. Elaboração de um manual informativo sobre cateterismo cardíaco. **Acta Paul. Enferm.**, v. 29, n. 6, p. 633-642, nov-dec. 2016.

PRAKASH, N.; DECRISTOFARO, J.; MADUEKWE, E. T. One less painful procedure: using umbilical cord blood as alternative source to admission complete blood count. **American Journal of Perinatology**, v. 34, p. 1178-1184, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28395365/>. Acesso em: 05 fev. 2022.

SCARPARO, A. F. et al. Reflexões sobre o uso da Técnica Delph em Pesquisas na Enfermagem. **Rev. Rene.**, v. 13, n. 1, p. 242-51, fev. 2012.

SOUSA, D.S. et al. Morbidade em recém-nascidos prematuros de extremo baixo peso em unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, v. 17, n. 1, p. 149-157, jan/mar. 2017.

STEPHENS, B. E.; VOHR, B. R. Neurodevelopmental outcome of premature infant. **Pediatric. Clin. North Am.**, v. 56, n. 3, p. 631-646, jun. 2009.

ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E OPERADORAS DA MODALIDADE DE AUTOGESTÃO EM SAÚDE: UMA REVISÃO DE LITERATURA (2011-2021)

Nathalia de Souza Portugal

Gestora de Serviços de Saúde (Universidade Federal de Minas Gerais)

Fátima Ferreira Roquete

Psicóloga, Doutora em Ciências da Saúde/Enfermagem (UFMG); Professora Associada I e Pesquisadora do Departamento de Gestão em Saúde (GES), Programa do Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde/UFMG. Membro do Núcleo de Pesquisas Gestão em Saúde (NUGES/UFMG)

RESUMO

Introdução: O segmento de atenção médica supletiva, denominado Saúde Suplementar, é composto por cinco principais modalidades de operadoras de saúde: a Cooperativa Médica; a Filantropia; a Medicina de Grupo; a Seguradora Especializada em Saúde e a Autogestão em Saúde, que são reguladas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (ANS, 2021). Essas operadoras contam com uma carteira com populações mais envelhecidas do que a média do setor de Saúde Suplementar, pois via de regra, elas continuam a oferecer assistência aos seus beneficiários, após eles se aposentarem (OLIVEIRA; VERAS; CORDEIRO, 2017), o que pode ameaçar sua sustentabilidade ao longo dos anos (SANTOS; TURRA; NORONHA, 2018).

Objetivo: Analisar as principais consequências do envelhecimento populacional para a gestão de operadoras da modalidade de Autogestão em Saúde. **Referencial Teórico:** A atual dinâmica demográfica mundial está marcada pelo processo de envelhecimento populacional, que se caracteriza pelo aumento do número absoluto e do percentual de idosos no conjunto da população, que ocorre desde 1950, mas, principalmente, ao longo do século XXI (OLIVEIRA, 2019). Segundo o mesmo autor, no Brasil, não é diferente; pois, após sucessivos anos de crescimento populacional, o país vem registrando quedas acentuadas da natalidade, acompanhadas pela queda da mortalidade, dois componentes que juntos intensificam o processo de envelhecimento populacional. O contexto de envelhecimento populacional afeta diretamente o sistema de saúde, uma vez que os padrões de gastos com saúde mostram diferenças significativas em função da idade. **Método:** Revisão integrativa de literatura. Para sua realização, foram seguidas as seis etapas propostas por Souza; Silva; Carvalho (2010). A busca foi realizada nas bases de dados: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); Spell; Scielo e Periódicos Capes. Os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) utilizados foram: “Saúde Suplementar”, “Autogestão”, “Autogestão em Saúde”, “Envelhecimento Populacional” e “Envelhecimento”. Os critérios de inclusão das publicações contemplaram artigos publicados em português, na íntegra, publicados de 2011 a 2021, sendo eles teses, dissertações; excluíram-se artigos repetidos e aqueles que não atendiam ao objetivo do estudo. Em seguida, foi realizada leitura do título e resumo de cada publicação, obtendo-se 40 artigos; após, procedeu-se à leitura na íntegra dos artigos escolhidos, sendo selecionados 10 para compor esta revisão. Foi elaborado um quadro síntese para a organização e apresentação dos dados coletados, que foram analisados pela técnica de análise de conteúdo categorial (BARDIN, 2016). **Resultados e Discussão:** Os resultados estão sintetizados no Apêndice 1. O estudo mostra que o envelhecimento populacional tem causado consequências na gestão das operadoras de saúde da modalidade de Autogestão em Saúde, principalmente no que tange aos custos e utilização dos serviços, levando à busca por estratégias e modelos assistenciais e de gestão, para minimizar esses impactos. Cabe aos gestores de saúde

aproveitarem o momento da transição demográfica brasileira para realizar ações de prevenção e conscientização, que possibilitem aos beneficiários compreender a importância de envelhecer com qualidade de vida, conforme destacam Giacomelli; Chiapinoto; Marion Filho (2017). **Conclusão:** Para uma boa gestão em operadoras de Autogestão em Saúde, é necessário entender o cenário de mudanças demográficas e epidemiológicas, de forma a minimizar o uso de serviços hospitalares. Mudanças na forma de remuneração dos serviços e conscientização sobre a importância da promoção da saúde e da prevenção de doenças são essenciais para garantir a sustentabilidade dessas organizações.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Suplementar; Autogestão em Saúde; Envelhecimento Populacional.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Caderno de informação da saúde suplementar: beneficiários, operadoras e planos** Rio de Janeiro: ANS; 2021- Disponível em: <http://www.ans.gov.br/anstabnet/notas_operadora.htm> Acesso em 11 jan. 2022

OLIVEIRA M, VERAS, R., CORDEIRO, H. **Supplementary Health and aging after 19 years of regulation: where are we now?** *Rev Bras Geriatr E Gerontol* . 2017; 20(5):624-633.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Edição revista e ampliada. São Paulo: Edições 70 Brasil, [1977] 2016.

SANTOS, S. L.; TURRA, C. M.; NORONHA, K. **Envelhecimento populacional e gastos com saúde: uma análise das transferências intergeracionais e intrageracionais na saúde suplementar brasileira**. *Revista Brasileira De Estudos De População*, v. 35, n. 2, 2018.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. **Revisão integrativa: o que é e como fazer**. *einstein*. v. 8, n. 1 (Pt 1), 2010, p. 102-06.

OLIVEIRA, A. **Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil**., *Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde* Anderson Silva Oliveira, Vol 15, No 32., 2019

GIACOMELLI, G.S., CHIAPINOTO, F.V., MARION FILHO, P.J. E VIEIRA, K.M. 2017. **Transição demográfica e gasto público: uma análise comparativa de diferentes contextos**. *Revista de Estudos Sociais*. 18, 37 (fev. 2017), 164-181. DOI:<https://doi.org/10.19093/res.v18i37.4060>.

Apêndice 1. Principais temas e resultados evidenciados nos artigos selecionados

Artigo	Principal (is) Tema(s)	Principais Resultados
1	Modelo de atenção integral	Novos modelos assistenciais de gestão têm sido implantados com sucesso nas operadoras de saúde de autogestão, como a Estratégia Saúde da Família (ESF), o que tem contribuído para uma maior sensação de pertencimento, aumentando o nível de satisfação dos beneficiários. Destaca-se o vínculo entre os profissionais de saúde e os usuários do serviço.
2	Promoção da saúde e Prevenção de doenças	Verificou-se um aumento no número de beneficiários na saúde suplementar, elevando também os custos dos planos de saúde. O envelhecimento populacional gerou desafios para o sistema de saúde suplementar, levando à necessidade de se conhecer o perfil etário dos beneficiários, para que se possa fazer uma boa gestão. Observaram-se grandes vantagens em promover e prevenir a saúde da população.
3	Gestão de custos	O envelhecimento afeta os gastos em saúde (aumento da frequência de utilização, gastos com medicamentos, mão de obra e equipamentos). Há uma ineficiência na gestão dos custos em saúde. Verificou-se uma redução no percentual de beneficiários jovens e aumento do percentual de idosos. Em relação aos gastos médicos por gênero, identificou-se que homens e mulheres em idade mais avançada utilizam os serviços de saúde com frequência quase igual.
4	Modelos de gestão	Foi possível traçar um perfil social e clínico de indivíduos com 80 anos ou mais, informação importante para os gestores de serviços de saúde e profissionais de saúde. Assim, foi possível criar um modelo de gestão - Avaliação Geriátrica Ampla -, atendendo ao público-alvo que se é crescente.
5	Gestão de custos	A precificação dos planos de saúde pode ameaçar a sustentabilidade das operadoras de saúde, principalmente devido ao acelerado crescimento da população idosa, que apresenta grande utilização dos serviços de saúde. A regulação da ANS influencia diretamente nesse processo, já que impõe limites de precificação para as faixas etárias acima de 60 anos. O estudo sugere ampliar as discussões sobre o conceito de idoso no Brasil e as regras que tangem os planos de saúde.
6	Gestão de custos	Operadoras com maior proporção de planos antigos (anteriores a 1998) em suas carteiras tendem a apresentar maiores níveis de endividamento geral. Em longo prazo, há um aumento no endividamento das operadoras com um maior percentual de beneficiários idosos. As operadoras da modalidade de Autogestão em Saúde possuem maior quantidade de beneficiários em planos antigos e uma carteira mais envelhecida.
7	Modelos de gestão	Aspectos sociodemográficos, clínicos e hábitos de vida influenciam diretamente na qualidade de vida dos beneficiários idosos. É essencial que se faça a prevenção de doenças, para que os beneficiários utilizem menos os serviços de saúde e tenham uma melhor qualidade de vida.

8	Modelo de atenção integral/Modelos assistenciais	É necessário oferecer um gerenciamento abrangente das enfermidades e garantir serviços de prevenção para todos os idosos, inclusive os saudáveis. Um modelo contemporâneo de saúde do idoso precisa reunir um fluxo de ações de educação, promoção da saúde, prevenção de doenças evitáveis, postergação de moléstias, cuidado precoce e reabilitação de agravos.
9	Modelos de atenção à Saúde	Observa-se que os planos de saúde da modalidade de autogestão possuem uma grande quantidade de idosos e é difícil a renovação de seus beneficiários, havendo poucos ingressos nas primeiras faixas etárias. Os idosos representam a maior parte dos custos em saúde da autogestão analisada. Há um desafio: desenhar os sistemas de saúde para suprir os cuidados necessários às pessoas idosas, com serviços que ofereçam um cuidado contínuo sobre a trajetória de saúde de uma pessoa (prevenção, tratamento, reabilitação, controle, cuidados paliativos).
10	Gestão de custos	O financiamento da saúde suplementar sofreu impactos nos últimos anos, em grande parte, devido a alterações regulamentares, envelhecimento da população e variação dos custos médico-hospitalares acima da inflação, que afetam seus resultados e pode levar os planos de saúde à falência. Sugerem-se o gerenciamento de riscos, a proteção patrimonial e o resseguro, como estratégias para a melhoria da solvência dos planos.

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

INFUSÃO AUTOMATIZADAS: BIBLIOTECA DE FÁRMACOS

Renata Aparecida de Medeiros Mafra – Enfermeira – COREN-MG 62.332

RESUMO

Introdução: Trata-se da criação e do desenvolvimento de uma estrutura para uma biblioteca de fármacos, que será utilizada em sistemas de infusão automatizado intravenoso. A lista de medicamentos foi desenvolvida para gerar controle dos processos infusionais e segurança na administração de soluções endovenosas. **Objetivo:** Esse relato de experiência teve como objetivo geral apresentar um modo seguro e simples para desenvolver uma estrutura computacional da biblioteca que foi baixada nos equipamentos de infusão. Pré-definir os parâmetros medicamentosos fizeram parte da customização dos dados. O desenvolvimento desse processo permitiu que o equipamento se tornasse a última barreira de segurança para evitar que um incidente de programação atingisse o paciente. **Referencial Teórico:** As bombas de infusão automatizadas (BIA) feitas para infusão intravenosa de soluções e/ou medicamentos, estavam disponíveis: com uma biblioteca padrão com dados inseridos pelo fabricante; ou poderiam ser customizadas com um trabalho de parceria (instituição e fabricante); ou seriam customizadas pela instituição parceira após o compartilhamento do software pelo fabricante. As programações de infusões eram calculadas e prescritas por volume, tempo e/ou taxa, sendo digitadas pelos colaboradores nos equipamentos. As BIAs permitiram ampliar os modos de programação da infusão por dose, peso, concentração. **Método:** A metodologia seguiu várias fases até a implantação. Muitas reuniões com equipes Inter profissionais para apresentação do novo sistema infusional e troca de informações sobre a possibilidades de customização do software. Em outra fase ocorreu o compartilhamento dos dados dos medicamentos e as informações importantes e de extrema relevância para cada infusão. A estrutura para a BIA utilizou recursos provenientes de cada medicamento e terapia de infusão realizadas, o que possibilitou programações e infusões mais seguras. As boas práticas nas administrações automatizadas de medicamentos trabalharam diretamente com a evolução do pensamento em segurança, efetividade e evidência. **Resultados e discussão:** O resultado foi a criação de protocolos de infusão mais seguros com prevenção de danos com medicamentos. O trabalho foi direto com a temática segurança do paciente. A tecnologia associada ao conhecimento profissional criou um processo de defesa e propôs melhoria na qualidade da saúde protegendo os pacientes de possíveis acidentes causados por injúrias assistenciais. O planejamento seguiu uma programação ao longo de seis meses com o envio das listas de medicamentos padronizados. Essas listas eram complexas e continham as categorias, as concentrações, os tipos de terapias nas unidades de atendimento, as previsões para novos medicamentos. As listas por cada unidade de cuidado estavam com as especificidades mais relevante e seus alertas; os limites seguros para infusão do medicamento na diluição e tempo de infusão proposto. Esses dados alimentaram a estrutura do programa e depois foi realizado o download para os equipamentos. Esse processo foi realizado de forma individual. O processo de construção da estrutura é complexo e exige dedicação dos envolvidos. A expectativa inicial foi superada pelo resultado final. O projeto seguiu o fluxo proposto, foi executado respeitando as etapas e em paralelo as atividades diárias de cada gestor. Todos se comprometeram com o projeto. A definição e envolvimento da equipe Inter profissional acompanhou as fases identificadas no escopo sendo assertiva e colaborativa. Os colaboradores não participaram diretamente da

estrutura da biblioteca de fármacos, mas receberam capacitação e treinamento tornando a nova experiência mais amigável. Uma equipe de apoio técnico acompanhou diariamente a utilização do equipamento após a implantação e o colaborador criou mais empatia com o novo equipamento, retirou dúvidas, consolidou o aprendizado e obteve segurança no manuseio. Foi desenvolvido e entregue individualmente um guia rápido e simplificado com operações básicas, que serviu de auxílio e reforçou o aprendizado. Esse mesmo guia foi afixado em vários pontos da unidade. O aprendizado percebido estava no exercício diário da comunicação assertiva, da motivação para aceitação do novo, na gestão de pessoas que fazem parte do universo hospitalar e o quão importante ela fez a diferença na condução desse projeto. A convivência diária passou pelo engajamento, respeito, atendimento aos princípios legais e éticos das profissões e das instituições, preceitos da prática baseada em evidências, pelo atendimento das normas, regulamentos e pela lei geral de proteção de dados. Desde o início foi criado um ambiente adequado e condições para o atendimento do cronograma proposto para os trabalhos. As competências foram desenvolvidas nas equipes, tornando o processo de migração seguro. Logicamente existiram questionamentos e dúvidas sobre a nova tecnologia ofertada. Nesta fase as informações transmitidas foram claras e fracionadas, colaborando com a construção do raciocínio. A literatura disponível estava diretamente relacionada com a área da ciência exatas, com poucos artigos científicos disponíveis relacionados à ciência na área da saúde. A customização se tornou mais amigável e o ambiente mais com tecnologias de ponta. A melhor compreensão da tecnologia facilitou a utilização. Existiu uma parceria entre o ato de cuidar e as atividades dos profissionais, pois a medida que ela gerou evidência de segurança com a sua utilização mais tempo foi destinado as observações e ao cuidado com o paciente.

Considerações finais: A melhoria dos cuidados da saúde passou pelo entendimento que esse foi um caminho sem volta. O investimento nos níveis de segurança e nos níveis de produção no ciclo de mudança com introdução da estrutura da biblioteca de fármacos abriu um leque de possibilidades para novos projetos. Uma característica desse hospital é a alta rotatividade da equipe. Diante desta realidade foi proposto, junto a equipe de educação continuada, um cronograma de capacitação para os novos colaboradores e atualizações anuais para todas os profissionais que trabalhavam com esses equipamentos.

PALAVRAS-CHAVE: Estrutura; Bomba Infusão; Automatizadas.

REFERÊNCIAS

PIMENTA, Cibele Andrucio de Mattos et al. Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem. In: **Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem**. 2015.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde. Brasília: Anvisa, 2017.

SILVIA, Monique Barbosa da **Efetividade da Biblioteca de Fármacos de Bombas de Infusão na Redução de Erros na Infusão Venosa Contínua de Medicamentos** / Monique Barbosa da Silva. -- Rio de Janeiro, 2017. 55 f.

INTERFERÊNCIAS DAS ACREDITAÇÕES/CERTIFICAÇÕES NA GESTÃO DE SUPRIMENTOS HOSPITALARES

Fabiane Cristina Costa - Farmacêutica, Mestre em Gestão em Serviços de Saúde, Programa do Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde/UFMG, Especialista em Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica, MBA em Auditoria em Saúde e Gestão da Qualidade - Centro Universitário UNA.

Fátima Ferreira Roquete - Psicóloga, Doutora em Ciências da Saúde/Enfermagem (UFMG); Professora Associada I e Pesquisadora do Departamento de Gestão em Saúde (GES), Programa do Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde/UFMG. Membro do Núcleo de Pesquisas Gestão em Saúde (NUGES/UFMG).

RESUMO

Introdução - As creditações e certificações oferecem a possibilidade de os hospitais alcançarem a excelência na prestação de serviços de saúde, sendo uma estratégia gerencial fundamental na busca por uma assistência com mais qualidade e segurança para a melhoria da gestão e dos resultados (TERRA; BERSSANETI, 2017). Considera-se que a gestão de suprimentos, nos serviços de saúde, seja um dos processos diretamente ligados à gestão da qualidade com vistas à melhoria contínua dos serviços prestados (DALLARMI, 2010). Apesar das melhorias que podem ser alcançadas com as creditações/certificações nos processos organizacionais, verifica-se, conforme mostra Schiesari (2014), que há inúmeras fragilidades na manutenção contínua dos processos obtidos. As reais influências das creditações/certificações, entretanto, são um aspecto que ainda necessita ser mais bem explorado. Nesse sentido, a realização desta pesquisa buscou identificar as interferências dos processos de creditação/certificação para a Gestão de Suprimentos nos serviços de farmácia hospitalar, considerando a cadeia cliente-fornecedor integrada, sendo uma contribuição para a rede de serviços próprios da Unimed-BH ao proporcionar conhecimento da caracterização das creditações/certificações nos processos de suprimentos. **Objetivo** - O objetivo da pesquisa foi analisar as interferências das creditações/certificações na Gestão de Suprimentos da rede de serviços hospitalares próprios da Unimed-BH. **Referencial Teórico** - A gestão de suprimentos consiste na integração de sistemas, processos, pessoas, atividades, informações e recursos que são responsáveis pela logística de suprimentos na área da saúde (INFANTE; SANTOS, 2007). O aprimoramento dos processos na cadeia cliente-fornecedor de suprimento é um fenômeno ininterrupto que estabelece progressivamente a padronização de processos inter ou intraorganização (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005). Diante disso, é relevante ressaltar que a Unimed-BH busca a melhoria da excelência na prestação de serviços da diversificada rede própria de serviços. Para a Unimed-BH, o objetivo da manutenção das creditações/certificações na rede própria é a uniformização dos processos, a avaliação dos recursos institucionais, de forma periódica, racionalizada, ordenadora e, principalmente, a educação continuada dos profissionais, com o intuito de garantir a qualidade de processos assistenciais e administrativos por meio de padrões previamente incorporados (UNIMED-BH, 2014). **Método** - Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, descritiva, na qual se utilizou como método de estudo de caso único. Os participantes foram 18 gestores de suprimentos da rede de serviços próprios da Unimed-BH. O fechamento amostral, por saturação teórica, foi composto por 18 gestores de suprimentos da rede de serviços próprios da Unimed-BH. Como instrumento para a coleta de dados utilizou-se um roteiro de entrevista semiestruturado e, para análise dos dados, adotou-se a técnica de análise de conteúdo temática. As entrevistas foram realizadas individualmente e com privacidade, pela pesquisadora

principal, mediante agendamento prévio, no período de outubro de 2021 a janeiro de 2022. A duração média de tempo das entrevistas foi de 45 minutos. Antes de iniciar a entrevista, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado por aqueles que concordaram em participar do estudo, conforme indica a Resolução de 466/2012. A análise das entrevistas foi realizada pela técnica de análise de conteúdo temática, utilizando-se a categorização com suas respectivas subcategorias (APÊNDICE 1). **Resultados e Discussão** - Os resultados da pesquisa foram divididos em três seções: caracterização do cenário do estudo; elucidação do perfil sócio demográfico dos participantes da pesquisa; e interferências das creditações/certificações na Gestão de Suprimentos da rede própria da Unimed-BH, na visão dos gestores participantes da investigação. Foram criados quadros para aperfeiçoar os procedimentos de pré-análise, agrupamento e classificação das informações. Nestes, as respostas de todos os participantes a cada pergunta foram agrupadas com base em um código de identificação, e a identificação do gestor de suprimentos do setor de compras “GC” e das farmácias da rede de serviços próprios “GF”. Os resultados mostraram que os principais pontos positivos referentes às interferências das creditações/certificações da Unimed-BH, na Gestão de Suprimentos, considerando os processos de Compras, Central de Abastecimento e Farmácias Hospitalares, são: qualificação de fornecedores, seleção e aquisição de insumos, plano de contingências para gerenciamento de estoque, mapeamento e padronização de processos da cadeia cliente fornecedor. Apesar dos benefícios identificados, na visão dos participantes do estudo, é necessário buscar soluções para melhorar a comunicação e a capacitação referentes às creditações/certificações, em especial no que tange ao Treinamento e Desenvolvimento que mostraram fragilidades. **Conclusão** - O estudo possibilitou sugerir ações que possam contribuir para a melhoria contínua e desencadear o processo de mudança na cultura organizacional na Gestão de Suprimentos e na cadeia cliente fornecedor integrada, o que, conseqüentemente, favorecerá a oferta de uma assistência à saúde mais segura e transparente para todos os profissionais de saúde envolvidos. Assim, acredita-se que os resultados desta pesquisa contribuirão com a gestão da rede de serviços próprios da Unimed-BH ao proporcionar conhecimento das interferências das creditações/certificações nos processos de gerenciamento de suprimentos. O estudo gerou uma dissertação de mestrado, o Trabalho de Conclusão de Mestrado (TCM), que, após sua finalização, subsidiou a elaboração do relatório técnico a ser entregue à diretoria da rede própria da Unimed-BH contendo os resultados da pesquisa e sugestões para a melhoria da qualidade na Gestão de Suprimentos.

PALAVRAS CHAVES: Qualidade; Acreditação e Certificação Hospitalar; Serviços de Farmácia Hospitalar.

REFERÊNCIAS

DALLARMI, L. Gestão de Suprimentos na Farmácia Hospitalar Pública. **Visão Acadêmica**, v. 11, n. 1, p. 9, 2010. FELDMAN, L. B.; GATTO, M. A. F.; CUNHA, I. C. K. O. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 213-219, 2005.

INFANTE, M.; SANTOS, M. A. B. A organização do abastecimento do hospital público a partir da cadeia produtiva: uma abordagem logística para a área de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 945-954, 2007.

SCHIESARI, L. M. C. Avaliação externa de organizações hospitalares no Brasil: podemos fazer diferente? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 10, p. 4229-4234, 2014. UNIMED-BH. **Crescimento & participação: a história de cooperação dos médicos da Unimed-BH**. Belo Horizonte: Outono Comunicação Editora, 2014.

Apêndice 1 - Categorias e Subcategorias da Análise Conteúdo

Categorias	Subcategorias
1 - Gestão de Compras	Qualificação e avaliação de fornecedores; Gestão de solicitações de compra Aquisição do que será comprado logística de abastecimento.
2 - Central de Distribuição (CD)	Gestão de Estoques; Gestão de pedidos dos Hospitais Separação de pedidos; Expedição; Distribuição para os Hospitais.
3 - Farmácias Hospitalares	Seleção (Padronização); Gestão de Estoque (CAF); Gestão de Farmácias Satélites; Farmacovigilância.
4 - Treinamento e Desenvolvimento	Treinamentos e desenvolvimento frente às creditações/certificações.

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2021.

MODELO DE INDICADORES-CHAVE DE DESEMPENHO (*KEY PERFORMANCE INDICATORS - KPIs*) PARA OS CONTRATOS TERCEIRIZADOS DE HOTELARIA E INFRAESTRUTURA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO FEDERAL

Aline Rodrigues Cisar: Mestre em Gestão de Serviços de Saúde (UFMG), Especialista em Gestão de Hospitais Universitários do SUS (Hospital Sírio Libanês) e Especialista em Gestão Hospitalar e Qualidade (ESP-MG), atual chefe da Divisão de Logística e Infraestrutura Hospitalar HC-UFMG.

Fátima Ferreira Roquete: Doutora em Ciências da Saúde/Enfermagem (UFMG); Professora Associada I e Pesquisadora do Departamento de Gestão em Saúde (GES), Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde/UFMG.

Márcia Mascarenhas Alemão: Doutora em Administração; Professora convidada do Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde/UFMG.

RESUMO

Introdução: A moderna administração pública tem como núcleo de atuação suas atividades-fim, transferindo para terceiros os serviços secundários (VIEIRA *et al.*, 2013). Segundo Alvarez (1996), uma efetiva gestão da terceirização exige a estruturação de indicadores de desempenho para acompanhamento dos serviços prestados. Kaplan e Norton (2004) afirmam ser necessário estabelecer indicadores, metas e validar as relações de causa e efeito expostas no mapa estratégico da organização. Uma alternativa para mensuração dos resultados seria a utilização de *Key Performance Indicators* (KPIs) ou indicadores-chave de desempenho. Os KPIs representam um conjunto de medições centradas nos aspectos mais críticos do desempenho organizacional. É uma ferramenta de análise para elucidar áreas nas quais o resultado poderá ser potencializado (CORDEIRO; RIBEIRO, 2002). A presente pesquisa teve como cenário um Hospital Universitário Federal (HUF), escolha justificada pelo expressivo papel dos serviços de Hotelaria Hospitalar e Infraestrutura nos hospitais públicos e pelo volume de recursos destinados a eles. Em 2021, o valor pago em contratos de terceirização no HUF representou 56% do orçamento. Outro fator considerado foi a cultura de planejamento e acompanhamento de resultados no HUF, com monitoramento de metas e indicadores, iniciado 2001, que desde 2016 é acompanhado de maneira sistemática. Kaplan e Norton (2004) destacam que o sucesso de um sistema de gestão está ligado às informações fornecidas no processo de medição do desempenho. Assim, levantou-se o problema de pesquisa: *Como revisar as sistemáticas de monitoramento dos contratos terceirizados de hotelaria e infraestrutura utilizadas por um hospital universitário federal?* **Objetivos:** O objetivo do estudo foi desenvolver um modelo de KPIs para os contratos terceirizados de hotelaria e infraestrutura em um HUF. Para tal foi necessário: analisar os indicadores utilizados para cada contrato selecionado; identificar as fragilidades no processo de construção de indicadores, monitoramento do desempenho dos serviços e oportunidades de melhoria, na visão de gestores; e propor os KPIs para cada contrato terceirizado. **Referencial teórico:** Abordou-se a terceirização de serviços no setor público, a fiscalização e monitoramento de contratos terceirizados, o desempenho hospitalar e os *KPIs*. A terceirização é um importante fenômeno contemporâneo da Administração, seja de organizações privadas ou públicas. Consiste na transferência de atividades-meio para terceiros (VIEIRA *et al.*, 2013). A fiscalização de serviços terceirizados está relacionada com o potencial da contratação atingir seu propósito, evitando danos e desperdícios de recursos (ALMEIDA, 2009). Todo contrato necessita ser acompanhado por meio de instrumentos de controle, denominados Instrumentos de Medição de Resultados (IMR). Estes demonstram os níveis esperados para a prestação do serviço e as adequações de pagamento a serem realizadas

conforme o resultado (BRASIL, 2017). Os indicadores utilizados para monitoramento de contratos deverão ser mensuráveis e compreensíveis, facilmente coletáveis, relevantes e adequados à natureza e características do serviço (BRASIL, 2017). Indicadores de desempenho são medidas para comparar o que foi realizado em relação a um objetivo (FRANCISCHINI; FRANCISCHINI, 2017). Os KPIs são uma combinação de um ou mais indicadores, e representam um conjunto de medidas focadas nos aspectos críticos para o desempenho satisfatório de um processo e atingimento dos objetivos (PARMENTER, 2010). **Método:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória descritiva, cujo método foi o estudo de caso. Primeiramente, realizou-se uma pesquisa documental que desvelou documentos oficiais internos, relacionados ao monitoramento dos serviços prestados pelas contratações terceirizadas de hotelaria e infraestrutura do HUF, tais como, termos de referência e contratos, contrato de gestão pactuados entre os setores e a alta gestão, painéis de bordo, relação dos demais indicadores monitorados e o Plano Diretor Estratégico 2019-2022. Após, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, com 14 pessoas, dentre gestores e fiscais técnicos de 10 contratos terceirizados vinculados à Divisão de Logística e Infraestrutura Hospitalar do HUF, considerando contratações vigentes entre julho/2020 e julho/2021. Também foi estruturado um painel de especialistas com *experts* no assunto objeto de estudo desta pesquisa, utilizando-se o método Delphi. Este foi desenvolvido em três rodadas, buscando-se estabelecer um consenso entre gestores e *experts*, sobre quais *KPIs* adotar para os contratos selecionados, tendo-se como base o rol de indicadores levantados na pesquisa documental. **Resultados e Discussão:** Foram identificados 73 indicadores relacionados aos 10 contratos analisados, muitas vezes, sobrepostos em meios distintos de contratualização. Tanto a literatura, como a visão dos *experts* convergiu para a indicação de uma atuação mais focada quando se trata da utilização de indicadores. O primeiro resultado se refere à quantidade de indicadores relacionados ao monitoramento dos serviços terceirizados, fazendo com que os gestores gastem muito tempo alimentando bases de dados, muitas vezes não são informatizadas, afastando-se do foco em suas atividades. Identificou-se a necessidade de amadurecimento do processo de elaboração de indicadores e de seu acompanhamento pelos profissionais das áreas. Conforme constatado nas entrevistas, a cultura de monitorar indicadores se encontra restrita às chefias dos setores, com pouca participação dos membros das equipes. O terceiro ponto identificado foi que a sistemática utilizada para monitoramento dos contratos terceirizados está alicerçada, prioritariamente, no IMR. Sobre o IMR, na pesquisa documental constatou-se que não existe um padrão institucional para sua elaboração. Apesar de constar em todos os contratos, identificou-se que alguns instrumentos são elaborados em cima de critérios objetivos, com aferição do desempenho por meio de indicadores, enquanto que outros, ainda são subjetivos, confundindo a medição do resultado com o cumprimento das cláusulas contratuais. Nesse contexto, foi proposto: padronizar os IMRs, de modo a aferir se a quantidade, a qualidade, o tempo e o modo da prestação dos serviços estão compatíveis com os indicadores de níveis mínimos de desempenho estipulados no contrato, para efeito de pagamento conforme o resultado; aferir IMR por meio de ferramentas informatizadas para verificação do resultado, quanto à qualidade e quantidade pactuadas; capacitar as equipes para a correta aplicação do IMR; utilizar um painel de KPIs, alinhado aos objetivos organizacionais, para que os gestores possam monitorar os principais aspectos do desempenho do serviço terceirizado; e considerando que tanto o IMR como o painel de KPIs estão alicerçados em indicadores de desempenho, recomenda-se que os demais membros das equipes, além das chefias, sejam envolvidas na criação de indicadores e análise de resultados, cumprindo a norma institucional de contratualização e monitoramento de resultado de indicadores do HUF. Após confirmação no relato dos entrevistados e posicionamento dos *experts* da indicação de redução do número de indicadores como uma oportunidade de aprimoramento para uma atuação mais focada do gestor, desenhou-se o modelo *KPIs*, proposto para o HUF, chegando-se a 37 indicadores para

monitoramento dos aspectos críticos e estratégicos das contratações. **Conclusões:** Espera-se que os resultados do estudo possibilitem níveis mais altos de controle aos gestores públicos, mensurando o desempenho dos serviços terceirizados centrados nos aspectos que são críticos para o sucesso da organização. Sugere-se a continuidade do estudo, avaliando-se a efetividade da aplicação do modelo de KPIs no monitoramento dos contratos terceirizados de Hotelaria e Infraestrutura do HUF e a construção de um painel *BI (Business Intelligence)* para exibição dos resultados e monitoramento no âmbito do HUF, com vistas à otimização dos recursos destinados à saúde e, conseqüentemente, melhoria contínua da gestão pública.

PALAVRAS-CHAVE: Serviços Terceirizados; Desempenho Hospitalar; Indicadores-chave de Desempenho.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. W. Fiscalização contratual: “Calcanhar de Aquiles” da execução dos contratos administrativos. **Revista do TCU**, n. 114, p. 53-62, 2009. Disponível em: <<https://revista.tcu.gov.br/ojs/index.php/RTCU/article/view/342>>. Acesso em: 20 abr. 2021.

ALVAREZ, M. S. B. **Terceirização:** parceria e qualidade. Rio de Janeiro: Campus, 1996.

BRASIL. Instrução normativa n.º 05, de 26 de maio de 2017. Dispõe sobre as regras e diretrizes do procedimento de contratação de serviços sob o regime de execução indireta no âmbito da Administração Pública federal direta, autárquica e fundacional. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, p. 90, 26 mai. 2017. Disponível em: <https://antigo.comprasgovernamentais.gov.br/index.php/legislacao/1179-in-5-de-2017-compilada>. Acesso em 7 mar. 2022.

CORDEIRO, J. V. B. M.; RIBEIRO, R. V. **Gestão da empresa.** Curitiba: Associação Franciscana de Ensino Senhor Bom Jesus, 2002. (Coleção Gestão Empresarial, v. 2.

FRANCISCHINI, A. S. N.; FRANCISCHINI, P. G. **Indicadores de desempenho:** dos objetivos à ação. Métodos para elaborar KPIs e obter resultados. Rio de Janeiro: Alta Books, 2017.

KAPLAN, R. S.; NORTON, D. P. **Mapas estratégicos:** convertendo ativos intangíveis em resultados tangíveis. 6. ed. Rio de Janeiro: Campus, 2004.

PARMENTER, D. **Key performance indicators (KPI):** developing, implementing, and using winning KPIs. New Jersey: John Wiley & Sons, 2015.

VIEIRA, A. V.; VIEIRA, H. P.; FURTADO, M. R.; FURTADO, M. R. R. **Gestão de contratos de terceirização na Administração Pública:** teoria e prática. Belo Horizonte: Fórum, 2013.

MODELO DE PLANEJAMENTO PARTICIPATIVO: A EXPERIÊNCIA DO HOSPITAL METROPOLITANO DR. CÉLIO DE CASTRO (HMDCCC)

Danilo Borges Matias; Médico e Mestre em Gestão de Serviços de Saúde; Hospital
Metropolitano Dr. Célio de Castro.

Stephanie Marques Moura Franco Belga; Gestora de Serviços de Saúde e Doutoranda em
Saúde Pública; Hospital Metropolitano Dr. Célio de Castro.

Juliana Pantuza Vilar Ribeiro; Terapeuta Ocupacional, Mestre em Ciência da Reabilitação;
Hospital Metropolitano Dr. Célio de Castro.

Maria Izabella Vieira de Assis Rocha Carvalho de Medeiros; Enfermeira Especialista em
Controle de Infecção Hospitalar; Hospital Metropolitano Dr. Célio de Castro

RESUMO

Introdução: Os hospitais são pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde, consomem volume significativo de recursos devido à alta concentração de tecnologias e são considerados organizações complexas, devido às relações de poder que nele existem, ao aparato tecnológico, às instalações e equipamentos, e às várias demandas sociais a que respondem. Alinhar a produção do cuidado às diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde, garantindo a continuidade do cuidado, a integralidade e a integração à rede de serviços de saúde, são desafios colocados para os hospitais. O processo de trabalho hospitalar é complexo, pela natureza do seu objeto de intervenção e necessita de modelos gerenciais cada vez mais adequados às suas especificidades. Implementar propostas participativas de mudança nos modos de gerir os hospitais são alternativas eficientes para fomentar a análise sistêmica das potencialidades e limitações, bem como para intervir no modus operandi de suas relações intrínsecas de poder.

Objetivo: Apresentar o modelo de planejamento participativo do Hospital Metropolitano Dr. Célio de Castro tecendo considerações para a gestão hospitalar. **Referencial Teórico:** Nas últimas décadas tem-se vivenciado um processo de reformas econômicas neoliberais com reflexos sobretudo nas áreas sociais, fortalecendo o mercado e as privatizações. No campo da saúde, concomitantemente a reforma sanitária, em meados da década de 80, fortaleciam-se dois modelos de gestão: ideologia neoliberal e democrático-participativo, ambos com propostas diferentes para responder às demandas do processo de redemocratização do País. Neste contexto, o tradicional modelo burocrático, no qual o Estado detém o monopólio dos serviços públicos, deu lugar a uma nova forma de Estado, mais fragmentado, que partilha os serviços públicos com outras entidades independentes do governo (BILHIM, 2013). O modelo gerencial da administração pública é inspirado na prática do gerenciamento empresarial transferida para o setor público, focada na obtenção de resultados. Sua forma de gestão utiliza o contrato de gestão como instrumento de controle dos gestores públicos; a descentralização administrativa e incentivo à inovação. Quanto ao modelo democrático-participativo, a principal defesa é o aumento do controle social, pela democratização das relações Estado-sociedade e a ampliação da participação da sociedade civil e da população. Esta abordagem impulsionou o surgimento do modelo de gestão compartilhada, tendo como pressuposto a expectativa de dar vazão às crescentes demandas sociais e proporcionar o desenvolvimento local sustentável e tem a ideia básica de criar possibilidades para superar obstáculos através da interação entre as forças sociais (FREY, 2004; FERREIRA, 2006). **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência sobre o arranjo institucional de planejamento do HMDCC. Para isto, foi levantado o percurso de construção do modelo de gestão compartilhada e participativa que vem sendo desenvolvido no hospital desde 2017 e que tem se fortalecido nos dispositivos de participação implantados. **Resultado e Discussão:** O modelo de planejamento participativo do hospital é um processo

institucionalizado favorável à discussão em equipe, das fragilidades identificadas, pautados pela análise de causa raiz, proposição de ações de correção e melhoria e estabelecimento de metas e indicadores, que são periodicamente monitorados. As reuniões colegiadas são o principal dispositivo para impulsionar este modelo de gestão, e tem sido uma experiência inovadora e alternativa ao “modelo gerencial hegemônico”. Os 12 colegiados existentes no HMDCC possuem características singulares, alguns mais participativos e representativos do que outros. Nota-se que esse modelo de discussão é reconhecido pelos trabalhadores como espaço efetivo de participação e decisão dentro de sua governabilidade. Destaca-se a transversalidade e democratização no arranjo organizacional e operacionalização de modelos de gestão inovadores. O processo de planejamento envolve cerca de 600 pessoas de um universo aproximado de 1.650 trabalhadores do SSA HMDCC. O movimento mais recente, foi a oficina de discussão dos oito projetos prioritários do HMDCC para 2022, a saber: segurança do paciente, aumento da produção hospitalar, processos de enfermagem integrados e qualificados, Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), gestão de custos de orçamento, gestão da qualidade, Business Intelligence (BI, sistema de gestão de informação) e o Programa de Educação Permanente. As metodologias participativas que foram utilizadas para estimular a reflexão, possibilitaram a convergência das premissas do hospital, dos projetos prioritários e dos objetivos estratégicos definidos no mapa estratégico da instituição evidenciando a maturidade do processo de planejamento participativo no HMDCC. A metodologia potencializou o envolvimento da equipe e ao mesmo tempo, a sensação de pertencimento como sujeito que faz e acompanha o crescimento do hospital desde seu início. Além, de promover a inclusão/incorporação de novos atores, engajamento técnico e conceitual com a efetividade do resultado e a participação em novos projetos, toda a discussão em torno dos oito projetos prioritários, trouxeram à tona a reflexão entre os pares de *como, o que, e quando* é preciso para otimizar os processos como um todo em relação a cada projeto. em alguns momentos, alguns indivíduos reforçaram seus interesses em prol de que os efeitos das decisões internas lhes fossem favoráveis, o que também enriqueceu o processo, uma vez que gerou reflexão sobre as prioridades e novas práticas. **Conclusão:** Legitimar o modelo de gestão participativo e consolidá-lo enquanto prática é fomentar novos modos de trabalho que superem as lógicas centralistas. A democratização do debate e o surgimento de conflitos e divergências nos colegiados e em outros espaços potentes para o planejamento, mostraram-se pujantes e reconhecidas, ou seja, o conflito passa a ser visto positivamente, inclusive como potencial para contribuir no progresso organizacional. Esse modelo tem transformado um modo operacional em um modo de cooperação, subvertendo até mesmo as relações de poder existentes no hospital. Dada a complexidade do trabalho em Saúde, e as peculiaridades do campo hospitalar, um conjunto de ações interativas e apostas coletivas se apresentam como uma solução eficiente de ser implantada.

PALAVRAS-CHAVE: planejamento participativo; hospital; administração pública.

REFERENCIAS

BILHIM, J. Papel dos gestores na mudança cultural da administração central do Estado: O caso da meritocracia. *Passagens*, v. 5, n. 2, p. 205-227, 2013.

FERREIRA, M. R. D. L.; COSTA, M. D. S. Gestão compartilhada e cidadania: um estudo da experiência do "Pacto do Novo Cariri". In: CAMPOS, I. M. S.; Barbosa ROSA, N. B. (Orgs.). **Gestão, realidade e tendências**. João Pessoa: Ideia, 2011. p. 115-145.

FREY, K. Governança urbana e participação pública. *RAC-Eletrônica*, v. 1, n. 1, art. 9, p. 136-150, 2007.

O ESTADO DA ARTE SOBRE CLÍNICAS POPULARES MÉDICAS E ODONTOLÓGICAS NO BRASIL

Alexandre Eustáquio Martins Júnior - Odontólogo, Faculdade Pitágoras Betim; Graduando em Gestão de Serviços de Saúde, Universidade Federal de Minas Gerais

Fátima Ferreira Roquete - Psicóloga, Doutora em Ciências da Saúde/Enfermagem (UFMG); Departamento de Gestão em Saúde (GES), Universidade Federal de Minas Gerais

RESUMO

Introdução: Pouco se sabe a respeito dos estabelecimentos popularmente conhecidos como ‘clínicas populares’. A rápida expansão desses estabelecimentos, em todo território nacional, chama a atenção e gera muitos questionamentos a respeito de suas origens, organização e funcionamento. Estudar esses estabelecimentos contribui para que gestores e formuladores de políticas públicas ampliem o conhecimento sobre a oferta e o acesso aos serviços de saúde no Brasil, compreendam a dinâmica do sistema como um todo e conheçam especificidades dessas clínicas. **Objetivo:** O objetivo da pesquisa foi conhecer o estado da arte sobre clínicas populares médicas e odontológicas no Brasil. **Referencial Teórico:** O acesso aos serviços públicos e privados, médicos e odontológicos, no Brasil, evoluiu nos últimos anos, porém, há desafios para que a população usufrua, de fato, desses serviços de maneira completa e integral (VIACAVA *et al.*, 2018; PIETROBON; PRADO; CAETANO, 2008). O sistema de saúde brasileiro pode ser dividido em três segmentos: o Setor Público, o Setor Privado e o Terceiro Setor. O Setor Público é representado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O Setor Privado é composto por dois subsetores: a saúde suplementar e o liberal, sendo a saúde suplementar composta pelos planos e seguros privados de saúde e o subsetor liberal por serviços particulares autônomos, caracterizados por clientela própria, captada por processos informais, nos quais os profissionais da saúde estabelecem diretamente as condições de tratamento e de seu salário (COSTA, 2017). O Terceiro Setor ou “filantrópico” é considerado ainda em transformação na área da saúde, mesmo após mais de 450 anos desde que foi inaugurada a primeira instituição filantrópica do país, a Santa Casa de Misericórdia de Santos (PEDROSA, 2018). Lacunas apresentadas tanto pelo SUS, que oferece um serviço de saúde gratuito, porém com limitações, quanto pelos Planos de Saúde, que começavam a apresentar rupturas semelhantes às do Setor Público devido ao aumento de clientes e falta de reinvestimento, contribuíram para o surgimento das clínicas populares (SIRQUEIRA *et al.*, 2019). Estas fazem parte do subsetor liberal e contam com profissionais especializados que prestam serviços para a população na modalidade de pagamento por desembolso direto a preços mais acessíveis (PIETROBON; SILVA; BATISTA, 2008). As clínicas populares não oferecerem tratamentos de alta complexidade, nem competem com centros de referência. Esses empreendimentos cresceram aproveitando o aumento do poder de compra das classes C, D e E, se apresentando, inicialmente, como alternativa de assistência à saúde para as classes menos favorecidas e depois atingindo também as classes A e B (OLIVEIRA, 2018). Segundo Godoy e Silva (2018), as clínicas populares atuam como uma espécie de terceira via na assistência à saúde. **Método:** O estado da arte é um tipo de pesquisa bibliográfica que mapeia a produção acadêmica sobre um assunto específico. A presente revisão integrativa contemplou estudos publicados de 2004 a 2021, 18 anos, sendo consultadas as bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Google Scholar* e Repositório Institucional da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Seguiram-se os seis passos preconizados pela literatura para esse tipo de pesquisa (MENDES;

SILVEIRA; GALVÃO, 2008) utilizando-se o descritor “Brazil” e as palavras-chave “populares clinic” e “popular clinics”, “clínica popular” e “clínicas populares”. Como critérios de inclusão foram definidos trabalhos que abordassem a temática “clínicas populares médicas e odontológicas no Brasil”, em qualquer idioma e período, disponíveis na íntegra; foram adotadas como critérios de exclusão publicações duplicadas. A coleta de dados aconteceu no primeiro trimestre de 2022. Os dados foram organizados em dois quadros sinópticos constando: a) o título, tipo de publicação, autores, ano de publicação, cenário da pesquisa; e b) estudo, objetivo e resultados. Foram identificados 507 trabalhos, sendo 399 na Medline, 84 no *Google Scholar*, 21 na BVS e 3 no Repositório Institucional da UFMG. Do total de estudos encontrados, 15 foram selecionados para a presente revisão por atenderem aos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos. **Resultados e Discussão:** Dos 15 estudos analisados, 9 se referiram, tanto a clínicas populares odontológicas, quanto a clínicas populares médicas, 3 abordaram exclusivamente clínicas populares odontológicas e 3 tratavam exclusivamente de clínicas populares médicas. Destaca-se que os trabalhos que abordaram tanto as clínicas populares odontológicas quanto as clínicas populares médicas, não necessariamente realizaram o estudo em dois estabelecimentos diferentes. Constatou-se que não há uma segmentação quanto ao tipo de clínica popular (OLIVEIRA, 2018; GODOY; SILVA, 2018; SIRQUEIRA *et al.*, 2019). As denominadas “clínicas médicas populares” ofertavam serviços de diversas especialidades médicas, mas também atendimento odontológico. O surgimento desses estabelecimentos no Brasil ocorreu na década de 1990, mas não há clareza quanto à época exata e local (GODOY; SILVA, 2018; SIRQUEIRA *et al.*, 2019; OLIVEIRA, 2018). Apesar de esses estabelecimentos terem sido criados inicialmente visando atender parte da população desfavorecida economicamente, que não conseguia acesso aos serviços públicos de saúde ou que não podia arcar com os altos valores cobrados pelos planos/seguros privados de saúde, com o passar do tempo eles passaram a atender também clientes de classes econômicas mais favorecidas economicamente (SIRQUEIRA *et al.*, 2019; OLIVEIRA, 2018). Significativa demanda de pacientes que buscam estes estabelecimentos é oriunda do SUS (GODOY; SILVA, 2018). **Conclusões:** As clínicas populares vêm ao longo dos últimos anos expandindo o número de estabelecimentos em diversas regiões do Brasil e tornando-se uma opção de assistência médica e odontológica para a população. Devido ao fato de o termo “clínica popular” ser uma denominação ainda pouco utilizada pela literatura especializada, para se referir a essa modalidade de negócio, o desenvolvimento do estudo foi realizado com base no universo de publicações encontradas, considerado pelos pesquisadores como incipiente. Assim, questões a serem respondidas emergiram desta revisão. Quais conceitos são adotados para classificar as clínicas populares no Brasil e como elas se caracterizam? Como as Clínicas Populares estão se expandindo no Brasil? Quais são os modelos de negócio adotados pelas clínicas populares no Brasil? Como se caracterizam as associações entre as clínicas populares médicas e odontológicas? Como as clínicas populares se articulam com o SUS e a saúde suplementar? Sugere-se, em especial, que esses estudos sejam realizados adotando-se a pesquisa de campo, tendo em vista a relevância do tema e a escassez de publicações sobre a temática identificadas nesta revisão de literatura.

PALAVRAS-CHAVE: Clínica Popular; Clínica Popular Médica; Clínica Popular Odontológica.

REFERÊNCIAS

COSTA, Nilson do Rosário. Austeridade, predominância privada e falha de governo na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.22, n.4, p. 1065-1073, 2017.

GODOY, Claudiana Viana; SILVA, José Borzacchiello da. O fenômeno de expansão das clínicas médicas populares: ressignificação do bairro centro em fortaleza – CEARÁ. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, Uberlândia, v.14, n.28, p. 32-49, 2018.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.17, n.4, p.758-764, 2008.

OLIVEIRA, Gabriela Laudares Albuquerque de. **Imagens e significados das novas alternativas de saúde: o caso das clínicas populares em São Paulo**. 2018. 110f. Dissertação de mestrado apresentada como requisito para obtenção do título de Mestre em Administração com ênfase em Comportamento do Consumidor pela Escola de Propaganda e Marketing – ESPM, São Paulo, 2018.

PEDROSA, Tamires Natalia Brumer. O terceiro setor no cenário nacional. **JUS**. 2018.

PIETROBON, Louise; SILVA, Cíntia Magali da; BATISTA, Luciana Rodrigues Vieira; CAETANO, João Carlos. Planos de assistência à saúde: interfaces entre o público e o privado no setor odontológico. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, vol.(13) n.(5), 2008.

SIRQUEIRA, Georgia dos Santos. Percepção dos clientes de uma clínica médica popular de vitória da conquista-BA em relação a qualidade dos serviços prestados. **Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais – CESCAGE**, p.1-25, 2019.

VIACAVA, Francisco; et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.23, n.6, p.1751-1762, 2018.

O PROJETO DE EXTENSÃO ‘CUIDAR DE QUEM CUIDA’: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Verônica Francis Duquina Mateus. Acadêmica de Gestão de Serviços de Saúde. Universidade Federal de Minas Gerais.

Cristiano Inácio Martins. Mestre em Gestão de Serviços de Saúde. Universidade Federal de Minas Gerais.

Marina Dayrell de Oliveira Lima. Mestre em Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais.

Karla Rona da Silva. Doutora em Biomedicina. Universidade Federal de Minas Gerais.

RESUMO

Introdução: O impacto da pandemia de Covid-19 na saúde física e mental e no bem-estar da sociedade como um todo, severamente afetada por esta crise, se tornou uma prioridade, devendo ser tratado com urgência. Adversidades relacionadas a consequências socioeconômicas, medo do vírus e sua disseminação e problemas relacionados têm um impacto significativo na saúde mental da população em geral, sobretudo daqueles que lidam diretamente com serviços que envolvem o risco de contrair o vírus (IASC, 2020). Além de todas as manifestações clínicas, a pandemia demandou rápida organização dos serviços de saúde e aumentou significativamente as demandas para os trabalhadores da saúde (CONASS, 2020). Tal fenômeno resultou em diversos agravos à saúde ocupacional, destacando-se neste estudo aqueles que fragilizam a saúde mental do trabalhador de serviços de saúde. O projeto surgiu de uma necessidade social percebida pela experiência profissional de seus apoiadores, solidificando-se como estratégia de resposta à pandemia de Covid-19, com foco na saúde mental dos trabalhadores da linha de frente no combate à pandemia, proporcionando um caminho ampliado para a ação também no pós-pandemia. Este estudo se justifica, portanto, por se tratar de um tema relevante e atual, buscando contribuir com o relato de uma experiência exitosa no campo da saúde do trabalhador, pois exemplifica situações reais que podem ser implementadas em quaisquer serviços de saúde. **Objetivo:** Relatar a experiência dos autores na realização das atividades do projeto de Extensão “Cuidar de Quem Cuida”, no período de abril de 2020 a dezembro de 2021. **Referencial Teórico:** A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2007) classifica a saúde mental como indispensável ao bem-estar do indivíduo, o que o permite lidar com seus desafios, contribuindo ativamente com a sociedade. Ante isto, a saúde mental de todos os profissionais de saúde que já era um tema preocupante devido à sua sobrecarga e jornada de trabalho, tem sido vista com preocupação, pois o ainda atual cenário de pandemia trouxe instabilidade emocional adicional para aqueles trabalhadores que são de vital importância para o setor de saúde (BRASIL, 2020). Nessa perspectiva, planos de contingência de atenção e promoção da saúde mental têm sido cada vez mais propostos em vários estados, bem como iniciativas de associações profissionais na área de saúde mental, visando a valorização e manutenção do bem-estar desse profissional. Com vistas a contribuir como medida potencial para promover a saúde mental dos profissionais de saúde, o projeto de extensão “Cuidar de Quem Cuida”, certificado no ano de 2020, nasceu da aspiração de docentes e alunos de uma Universidade pública de Minas Gerais que desejavam desenvolver ações de humanização, zelo e afeto ao trabalhador que desempenha sua atividade laboral cuidando da população, permitindo o fortalecimento da interação dialógica entre a Universidade e a sociedade. Com o propósito de contemplar os trabalhadores dos diversos serviços de saúde com mensagens positivas de otimismo, gratidão e afeto, o projeto atende profissionais de diversos serviços de saúde nacionais e internacionais. **Método:** Trata-se de um estudo do tipo relato de experiência, que visou relatar aspectos da experiência dos autores

durante o planejamento, execução e avaliação do projeto enquanto membros ativos do mesmo, objeto deste estudo, no período de abril de 2020 a dezembro de 2021, intervalo que compreende o pico da disseminação de Covid-19 no Brasil. Um relato de experiência é uma ferramenta de pesquisa descritiva que reflete uma ação ou conjunto de ações que abordam uma situação vivenciada dentro de uma especialidade de interesse da comunidade científica (GROLLMUS; TARRÉS, 2015). O projeto foi idealizado e é coordenado por docente de uma universidade pública, com participação ativa de discentes dos cursos de graduação e pós-graduação. Está publicado no Sistema de Informação de Extensão da Instituição de Ensino proponente, com acesso livre e gratuito, com registro de número 403754. Os dados foram levantados da vivência presencial e dos seguintes bancos de dados: a) plataforma de design gráfico gratuito; b) banco de dados de rede social de mensagens instantâneas; c) planilha *Microsoft Excel* 2016; e d) diário de campo. Após a organização e leitura, as informações foram tratadas seguindo metodologia indicada por Vergara (2005), para a última etapa de tratamento e interpretação de dados. Resultados e discussão: O projeto de extensão “Cuidar de Quem Cuida” tem como ferramenta metodológica o envio de mensagens com textos que remetem elogios, apoio, incentivo e encorajamento aos trabalhadores de diversos serviços de saúde em âmbito nacional e internacional, destacando a valorização das tecnologias digitais enquanto meio de comunicação em um cenário mundial, impactado por uma pandemia. Estudos mostraram que o uso de tais tecnologias se intensificou nesse período, passando de 71% dos domicílios brasileiros em 2019 para 83% em 2021, o que corresponde a cerca de 61,8 milhões de domicílios com algum tipo de conexão à rede (AGÊNCIA BRASIL, 2021). Tais mensagens são escritas por pessoas do convívio pessoal e/ou profissional do trabalhador e são enviadas por meio de aplicativo de celular. De posse dos contatos de destinatário e remetente, os discentes bolsistas e voluntários responsáveis pelo envio das mensagens entram em contato por mensagem de aplicativo de celular, explicam o objetivo da ação e solicitam o envio de um pequeno texto ou áudio ou vídeo de maneira a efetivar a homenagem, destacando a importância da pessoa/trabalhador para a vida pessoal e/ou profissional daquele que o enviou a mensagem. Sabe-se que os profissionais que atuam na linha frente no combate a pandemia sofreram drásticas mudanças em suas rotinas laborais. Portanto, é necessário atuar na promoção e proteção da saúde mental dos trabalhadores de saúde, observando que essa área precisa ser melhor abordada (TEIXEIRA et al., 2020). Foram recebidas demandas internacionais como da Espanha, Portugal e França, e de diversos estados do Brasil como Pará, São Paulo, Minas Gerais, Acre, Bahia e Ceará. São realizadas reuniões para acompanhar as atividades e desempenho dos extensionistas, além de realizar discussões teóricas sobre temas relacionados ao projeto para contribuir com a formação acadêmica e cívica. Durante o período analisado, o projeto enviou aos trabalhadores de serviços de saúde 6.611 homenagens. Dessas, 56,39% foram em formato de texto e 43,61% em formato de vídeo. Os remetentes foram em sua maioria (77,45%) familiares e colegas de trabalho, mas também gestores/chefias (22,55%) desses profissionais. As homenagens continham fotos com mensagens, depoimentos e recados narrados para edição e padronização. De forma adicional, o projeto resultou na elaboração de produtos técnicos, a saber: 8 flyers de divulgação; 3 vídeos curtos informativos sobre as ações do projeto e sua correlação com a Covid-19; 13 entrevistas a meios de comunicação de amplo alcance populacional; participação em 7 eventos científicos com recebimento de 2 prêmios como relevância acadêmica e destaque científico; e 3 resumos expandidos publicados em Anais de eventos científicos. A rede social do projeto atingiu durante o período de análise seu maior número de interações no mês outubro de 2021, sendo 677 seguidores e 267 publicações, com média de 251 impressões semanais e 23 novas visitas ao perfil na última semana deste mês (+360% em comparação à última semana do mês anterior - setembro, do ano de 2021). Foi possível também receber respostas às mensagens enviadas com dizeres de gratidão e relatos de satisfação dos trabalhadores homenageados. Conclusões: O projeto de extensão “Cuidar de Quem Cuida” tem se consolidado como uma ferramenta que

apresenta potencial para minimizar o sofrimento psíquico de trabalhadores de serviços de saúde, já fatigados e sobrecarregados, com poder de impactar na motivação e no desempenho profissional. Somado a isso, há potencial para ser um importante aliado na manutenção da qualidade de vida laboral e mental dos envolvidos. Tendo em vista que as condições de trabalho dos profissionais de saúde podem gerar estresse e outros problemas, são cada vez mais necessárias estratégias para reduzir o impacto de estímulos adversos sobre eles, no que tange os aspectos pessoais e profissionais.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Mental; Trabalhadores da Saúde; Coronavírus.

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal De Minas Gerais / Pró-Reitoria de Extensão - PROEX - UFMG pela concessão de bolsa de extensão.

Referências

AGÊNCIA BRASIL. **Estudo mostra que a pandemia intensificou o uso das tecnologias digitais**. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2021-11/estudo-mostra-que-pandemia-intensificou-uso-das-tecnologias-digitais>>. Acesso em: 25 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde e OPAS lançam campanha para cuidados em saúde mental**. 2020. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46750-ministerio-da-saude-e-opas-lancam-campanha-para-cuidados-em-saude-mental>>. Acesso em: 23 abr. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Volume 4 – Profissionais de Saúde e Cuidados Primários**. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/biblioteca/volume-4-profissionais-de-saude-e-cuidados-primarios/>>. Acesso em: 30 jan. 2022.

GROLLMUS; Nicholas Schongut; TARRÉS Joan Pujol. Relatos metodológicos: difractando experiências narrativas de investigación. **Forum Qualitative Social Research**, Barcelona, v. 16, n. 2, p. 1, abr./2015. Disponível em: <<https://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/2207>>. Acesso em: 27 dez. 2021.

INTER-AGENCY STANDING COMMITTEE (IASC). **Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes**. Disponível em: <<https://www.who.int/hac/techguidance/iascguidelinespanish.pdf?ua=1>>. Acesso em: 26 jan. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0205.pdf>>. Acesso em: 10 mai. 2022.

TEIXEIRA et al. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, Brasil, v. 25, n. 9, p. 3465-3474, jun./2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>>. Acesso em: 24 jan. 2022.



*III SEMINÁRIO DA PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS
DE SAÚDE*

VERGARA, Sílvia Constant. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 5. ed., São Paulo: Atlas, 2005.

O PROTAGONISMO DO ENFERMEIRO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE NA GESTÃO DO PLANEJAMENTO A PREVENÇÃO DA OBESIDADE INFANTIL

Danielle Perdigão Oliveira e Ribeiro; Enfermeira Doutora em Ciências da Saúde; Docente
Faculdade Unidas de Campinas
Laryssa Alves de Lima, Acadêmica de Enfermagem FacUnicamps
Yanna Alves Beluzzo, Acadêmica de Enfermagem FacUnicamps
Damazio Alves de Souza Junior, Acadêmico de Enfermagem FacUnicamps

RESUMO

INTRODUÇÃO: A obesidade é um agravo multifatorial originado, na maioria dos casos, pelo desbalanço energético, quando o indivíduo consome mais energia do que gasta, nos termos da indicação da Organização Mundial de Saúde - OMS (WHO, 2018). Na atualidade, a obesidade infantil é um dos maiores desafios mundiais em saúde pública, afetando praticamente todos os países do mundo. Nos últimos 40 anos, o número de crianças e adolescentes em idade escolar com obesidade aumentou mais de 10 vezes, passando de 11 milhões para 124 milhões (WHO, 2018). Importante salientar que Crianças com obesidade tem mais probabilidade de permanecerem obesas quando adultos e ainda correm o risco de desenvolverem doenças crônicas não transmissíveis – DCNT (BLEICH; VERCAMMEN E, ZATZ, 2018). Diante desse cenário torna-se urgente a adoção de estratégias para deter o avanço da obesidade infantil, por meio do acompanhamento desses pacientes, sendo a atenção primária a principal porta de entrada na Saúde Pública, podendo realizar ações integrativas gerenciadas pelos enfermeiros.

OBJETIVO: Descrever as ações do Enfermeiro na gestão do cuidado na Atenção Primária acerca do planejamento da prevenção/agravos da obesidade infantil.

REFERENCIAL TEÓRICO: Neste referencial teórico será exposto alguns tópicos relevantes para melhor entendimento sobre a obesidade infantil. Estatísticas e Dados: Pondera-se que 11% das crianças menores de 5 anos de todo o mundo estarão acima do peso no ano de 2025 (BLEICH; VERCAMMEN E, ZATZ, 2018). O número de crianças ao redor do mundo que se tornaram obesas cresceu dez vezes nas últimas quatro décadas. De acordo com pesquisa realizada no site do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (BRASIL - SISVAN, 2019) sobre o estado nutricional de crianças de 5 a 10 anos de idade, no ano de 2019 em âmbito nacional, cerca de 10% das crianças apresentam peso elevado para a idade e conforme o Atlas da Obesidade Infantil da Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil terá em 2030 cerca de 22,8% de crianças entre 5 a 9 anos e 15,7% de crianças entre 10 a 19 anos com obesidade (WHO, 2016).

Fatores de risco: A obesidade infantil é o resultado de uma combinação de fatores, desde a exposição a um ambiente que incentiva o aumento de peso e a obesidade, a comportamentos inadequados e a resposta biológica a esse ambiente (BRASIL, 2014) como por exemplo, o aumento de atividades sedentárias, da propaganda de alimentos ultraprocessados e do consumo de alimentos considerados obesogênicos (CASTRO, 2017), além de fatores genéticos, socioeconômicos, biológicos, psicológicos e ambientais. Possíveis Comorbidades: algumas crianças acabam desenvolvendo DCNTs desenvolvidas precocemente, como doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, resistência a insulina, hiperlipidemia e diabetes mellitus, além de possíveis problemas no âmbito psicológico e social (BRASIL, 2022).

Ações de Saúde na Atenção Primária: Alguns pais se veem com dificuldade em orientar adequadamente sobre alimentação saudável e em alguns exames de rotina realizados na Atenção Básica, como os atendimentos de puericultura, pré-natal, acompanhamento de hipertensos e diabéticos, por exemplo, são momentos oportunos para a mensuração do peso e da altura e para a classificação do estado nutricional dos indivíduos, além de conhecimento sobre os hábitos alimentares,

permitindo identificar aqueles com excesso de peso e hábitos alimentares não saudáveis, orientando a oferta de cuidado para estes casos (BRASIL, 2022). Atuação do Enfermeiro na APS: A enfermagem tem se tornado capaz de exercer papel de liderança, coordenador do cuidado, e a gerência é entendida como um mecanismo capaz de assegurar e possibilitar a qualidade da assistência no nível primário de atenção à saúde (MATTOS e BALSANELLI, 2019). Sendo assim com sua autonomia, pode promover ações sensíveis para captação de usuários com excesso de peso na Atenção primária além de fazer anamnese do consumo alimentar propondo um plano de ação que envolva uma equipe multiprofissional (BRASIL, 2022). **MÉTODO:** Pesquisa do tipo revisão sistemática de literatura. **ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS:** O sobrepeso e a obesidade vêm se tornando uma realidade na vida e na saúde de crianças e adolescentes no Brasil e um importante desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS). A atenção Primária à Saúde (APS) tem um papel fundamental tanto na prevenção como no cuidado dos casos já existentes no território. Esse nível de atenção também é a porta de entrada preferencial para acolhimento e cuidado individual e coletivo de crianças e adolescentes, além de ser um espaço privilegiado para as ações de cuidado, promoção da saúde e prevenção de sobrepeso e obesidade. Ações essas que devem começar com a realização da avaliação contínua e sistemática do perfil nutricional de crianças e adolescentes até a garantia da atenção integral àqueles identificados com sobrepeso e obesidade. A prevenção e o cuidado da obesidade devem ser organizados desde a gestação até o fim da vida, com a promoção da alimentação adequada e saudável e a orientação sobre hábitos de vida saudáveis. Por ser o enfermeiro o profissional destinado ao acolhimento de pacientes na APS, o profissional em questão é o protagonista da gestão do cuidado desses pacientes, apoiado as recomendações de cuidado para crianças e adolescentes baseadas em cinco grandes estratégias focadas na alimentação saudável, aliada a uma vida mais ativa à redução do tempo em atividades sedentárias, aos cuidados com o sono e à saúde mental, integralizando o cuidado, organizando o plano de cuidado que deverá contemplar: consultas com nutricionista, psicólogo, educador físico, clínico geral etc., além das consultas de enfermagem, articulando com a atenção secundária, no que se refere a possíveis consultas com especialistas e exames de média e/ou alta complexidade. **CONCLUSÃO:** Diante do exposto, conclui-se que o enfermeiro desenvolve importante papel, por meio, inicialmente do acolhimento, de práticas de investigação dos principais motivos relacionados a obesidade infantil, recebidos na Atenção Primária, realizando a interface, com doenças que podem possuir relação, ou não, com a situação de saúde do paciente em questão. Deste modo, tem-se no profissional enfermeiro da APS, o preparo para compreender as necessidades desses pacientes, de maneira a antecipar agravos, atuando como protagonista no acolhimento, e na organização da condução da jornada desses pacientes, de forma articulada dentro da RAS conforme suas necessidades, objetivando o cuidado integralizado em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Obesidade infantil; Atenção Primária em Saúde; Enfermeiro.

REFERÊNCIAS

Bleich SN, Vercammen KA, Zatz LY, et al. Interventions to prevent global childhood overweight and obesity: a systematic review. **Lancet Diabetes Endocrinol.** 2018 ;6(4):332-346. doi:10.1016/S2213-8587(17)30358-3.

Brasil. Ministério da Saúde. **Rede Nacional Primeira Infância.** Mapeamento da Ação Finalística “Criança com Saúde” Obesidade na Primeira Infância. 2014 [acessado em 2022, abril 23]. Disponível em: www.primeirainfancia.org.br

Brasil. Ministério da Saúde. **Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN**. 2019. Disponível em:< <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/index>>. Acesso em 19 set. 2022.

Brasil. Ministério da Saúde. **Instrutivo para o cuidado da criança e do adolescente com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde**. Brasília – DF, 2022. Disponível em:< http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/instrutivo_crianca_adolescente.pdf>. Acesso em: 19 set. 2022.

Castro, I. R. R. Obesidade: urge fazer avançar políticas públicas para sua prevenção e controle. **Cad. Saúde Pública** [Internet]. 2017 [citado 2022 set. 9]; 33 (7): e00100017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000700201&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00100017>

Mattos, J. C. de O.; Balsanelli, A. P. A liderança do enfermeiro na atenção primária à saúde: revisão integrativa. A liderança do enfermeiro na atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Enferm.Foco**, 2019; 10 (4). 164-171. Disponível em:< <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2618/621>>. Acesso em: 18 set. 2022.

WHO, World Health Organization - **Report of the commission on ending childhood obesity**. Geneva: World Health Organization; 2016 [acessado em 2022, abril 11]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204176/9789241510066_eng.pdf;jsessionid=5AF06F2A5393204667EBF5C009D14558?sequence=1

WHO, World Health Organization. **Taking Action on Childhood Obesity**. Geneva: World Health Organization; 2018. (WHO/NMH/PND/ECHO/18.1) Licence: CC BYNC-SA 3.0 IGO. Disponível em: <https://www.who.int/end-childhoodobesity/publications/taking-action-childhood-obesity-report/en/>

OS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS: UM ESPAÇO PARA A PRÁTICA DOS FUTUROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE

Jacqueline Rodrigues Da Cruz, acadêmica UFMG

Gene Luiz Silva, Assistente Administrativo, UFMG

Sônia Maria Nunes Viana, Professora do Departamento de Gestão em Saúde EE-UFMG;

Chefe de Unidade de Gestão de Graduação, Ensino Técnico e Extensão do HC-UFMG

Wanessa Debôrtoli de Miranda, Professora do Departamento de Gestão em Saúde EE-UFMG

INTRODUÇÃO: Os Hospitais Universitários (HU's) constituem-se em pontos da rede de atenção à saúde, considerados de grande porte com a característica de um hospital geral, de nível terciário, e colaboram com universidades integrando as atividades de formação e de investigação no domínio do ensino prático dos futuros profissionais de saúde. O Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG), HU da região sudeste do país, é um importante polo de assistência em saúde aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) de forma integrada e indissociável do ensino, da pesquisa e da extensão com eficiência, qualidade e segurança. Os acadêmicos do curso de Gestão de Serviço de Saúde (GSS), da UFMG, têm no Complexo Hospitalar do HC-UFMG o cenário oportuno para evidenciar seu objeto de estudo, colaborando para a melhoria dos processos de trabalho dos/nos setores/unidades durante o período de estágio agregando, aos saberes já existentes nos HU's, seus referenciais teóricos. A primeira inserção dos alunos do curso de Gestão de Serviço de Saúde, no campo da prática no HC-UFMG, se deu em 2012, mas somente agora em 2022 os alunos estão se aproximando do Centro de Extensão do HC-UFMG (CENEX-HC), que é a unidade que organiza essa inserção dos alunos no Complexo Hospitalar do HC-UFMG amparada no ensino, na pesquisa e na extensão. A metodologia escolhida é o Estudo de Caso de característica descritiva qualitativa, com relato de experiência de um acadêmico na vivência no CENEX de um HU. **OBJETIVO:** Apresentar a importância dos hospitais universitários no desenvolvimento de atividades práticas de ensino, em especial a extensão, fomentando a formação extensionista de acadêmicos dos cursos de Graduação de Gestão de Serviços de Saúde. **REFERENCIAL TEÓRICO:** De acordo com Scherer *et al* (2018), "hospitais de ensino são estabelecimentos estratégicos ao realizarem assistência, gestão, ensino e pesquisa, trazendo a singularidade dos desafios relacionados com a organização, a gestão do processo de trabalho, proteção e produção da saúde e com a formação dos profissionais". Segundo Araújo e Leta (2014) os hospitais universitários têm sido pouco investigados, em especial ao que se refere a sua estruturação e funcionamento. Os discentes do campo da saúde têm nesse espaço o exercício prático de sua formação, tangenciando a multidisciplinariedade, através da vivência compartilhada com vários profissionais do campo da educação e da saúde, sendo um espaço ideal de produção de conhecimento. Em razão do alerta, é preciso descrever o conhecimento e as experiências adquiridas nesses espaços. O objeto de trabalho dos gestores é a questão organizacional, segundo Littike e Sodré (2015), que desenvolve a afirmação fazendo a seguinte ressalva: "o imprevisto resulta em uma produção de empecilhos sequenciais no aspecto decisório na gestão". Bonacim e Araújo (2010), ao descrever sobre Gestão de Custos (uma das disciplinas do curso de GSS-UFMG) em um HU, indica para a necessidade de aumentar o conhecimento dos gestores sobre os conceitos de custos hospitalares para propiciar maior autonomia e responsabilização dos gestores que objetivam a eficiência e a eficácia gerencial. Nunes *et al* (2013), aponta que os recursos para a saúde são escassos e que no Brasil o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Avaliação de Tecnologia em Saúde (NATS) em hospitais universitários objetivando fortalecer e disseminar a Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS), inclusive das tecnologias no âmbito da gestão, mas que há uma escassez na área, tornando imprescindível o investimento na formação de pessoal em gestão de hospitais, pois a

implantação dessa tecnologia teve impactos positivos ao facilitar o uso de evidências científicas sustentada pela prática e a decisão gerencial em hospitais. **METODOLOGIA:** Esse trabalho se caracteriza como um Estudo de Caso qualitativo através do relato da experiência de um acadêmico do curso de Gestão de Serviço de Saúde, durante o estágio no Centro de Extensão do Hospital das Clínicas da UFMG (CENEX-HC), no período de abril-julho/2022. Ao iniciar o estágio, foi indicado que o acadêmico fizesse a leitura de documentos que regulamentam as atividades de extensão na UFMG e no Hospital das Clínicas da UFMG, como também as instruções já estabelecidas no CENEX-HC. Conhecer as atividades do setor era fundamental para conseguir aplicar as competências de um futuro Gestor de Serviços de Saúde e propor a estruturação de mecanismos de organização e ordenação das várias atividades executadas no setor. O instrumento construído foi o formulário no formato de uma Instrução de Trabalho Operacional (ITO), que é um formulário oficial do HC-UFMG, de acordo com as determinações/padronização da Gestão da Qualidade do Hospital das Clínicas. Elaboramos ITO's para as atividades: Registro das Atividades de Extensão; Certificação de Atividades de Extensão; Registro de Alunos Bolsistas e Voluntários e seus respectivos Fluxogramas. Os instrumentos utilizados para a construção das ITO's foram os documentos reguladores da atividade de extensão e atos administrativos públicos, os mecanismos digitais e os arquivos eletrônicos que compõe as atividades do serviço, disponibilizados pelos colaboradores da unidade, que também discorria sobre o fluxo da execução das atividades. A fim de otimizar a descrição das fases de cada etapa, foi utilizado um diário de bordo para anotar o fluxo de cada atividade. A elaboração das ITO's teve a contribuição de todos os colaboradores do setor (equipe composta por: 1 Chefe de setor; 1 Chefe de unidade; 2 Assistentes em Administração, 1 Recepcionista), revisando o texto e/ou incluindo ações para o produto final estar disponível para compor o rol dos documentos oficiais do HC-UFMG. Cabe salientar que muitas informações sobre os fluxos estavam no mapa mental dos colaboradores. Ao ter publicada as ITO's elaboradas por um acadêmico de GSS, evidencia-se os impactos positivos que os acadêmicos do curso têm a oferecer com a sua inserção e suas competências na esfera gerencial dos HU's. **RESULTADO:** Com a produção, divulgação e implementação das ITO's percebe-se um ordenamento no âmbito do cotidiano de trabalho no CENEX-HC. Espera-se também que esse estudo de caso apresente os elementos necessários para sistematizar duas categorias que surgiram e assim aperfeiçoar as ferramentas disponíveis do arcabouço profissional do profissional de GSS: "Os impactos dos acadêmicos do curso de Gestão de Serviço de Saúde na gestão de processos dentro de um HU" e "Os desafios relacionados à materialização das ideias ao descrever processos de trabalho". **CONCLUSÃO:** Esse estudo de caso, que tem como cenário um HU, abre a discussão sobre a necessidade de normatização sobre a expectativa de mudanças e ampliação da inserção de alunos, professores e colaboradores em ações de extensão com o cumprimento da Resolução do MEC, de 18 de dezembro de 2018, que determina a curricularização da extensão. Permite também perceber o legado de melhorias contínuas que pode resultar de experiências do Estágio Curricular Obrigatório. O setor CENEX-HC mostrou-se um espaço com potencial para atender a Resolução sobre a curricularização da extensão, e por isso, retorno para cumprir a disciplina Estágio II e continuar investigando esses que ocupam a centralidade das políticas extensionistas de educação e saúde: os Hospitais Universitários.

PALAVRA-CHAVE: Hospital Universitário; Curricularização da Extensão; Gestão de Serviço de Saúde.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Kizi Mendonça de; LETA, Jacqueline. - Os hospitais universitários federais e suas missões institucionais no passado e no presente - **Hist. ciênc. saúde**-Manguinhos, 2014. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0104-59702014005000022> Acesso em 08 de ago. 2022.

BONACIM, Carlos Alberto Grespan; ARAUJO, Adriana Maria Procópio de. - Gestão de custos aplicada a hospitais universitários públicos: a experiência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP - **Rev. adm. pública**; 2010. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rap/a/xVpBtCNBqqKQZmXwyt8X35c/?lang=pt> . Acesso em 08 de ago. 2022.

Littike, Denilda; Sodré, Francis. - A arte do improviso: o processo de trabalho dos gestores de um Hospital Universitário Federal - **Ciênc. saúde coletiva**; 2015. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csc/a/X9sYxMPWcJNfvhBk6M8HDSx/?lang=pt> Acesso em 08 de ago. 2022.

NUNES, Altac lio Aparecido et al. Avalia o e incorpora o de tecnologias em saúde: processo e metodologia adotados por um hospital universitário de alta complexidade assistencial - **Cad. saúde pública**; 2013. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csp/a/dKgDsxL4dcnmfwRWd5qHhYr/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em 10 de ago. de 2022.

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos, et al. Desafios para o trabalho em saúde: um estudo comparado de Hospitais Universitários na Argélia, Brasil e França - **Ciênc. Saúde Colet.**; 2018. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csc/a/Ts8vtMdLJBhWGjxvGH6yyNr/abstract/?lang=pt> . Acesso em 10 de ago. 2022.

ANÁLISE DOS INDICADORES PREVINE BRASIL NOS MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE DA REGIONAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE - MG

Luciana Mara Nogueira Costa; Mestranda em Gestão de Serviços de Saúde;
UFMG

Ana Paula Bezerra; Coordenadora da APS; Prefeitura Municipal de Santana do Riacho
Vanessa de Almeida; Docente de Gestão de Serviços de Saúde;
UFMG

Kátia Ferreira Costa Campos; Docente de Gestão de Serviços de Saúde; UFMG

RESUMO: Esse estudo tem o objetivo de analisar os resultados dos indicadores do Previne Brasil nos municípios de pequeno porte da Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte (SRS BH), que aderiram a pesquisa “A Gestão do Sistema Único de Saúde: um estudo sobre o planejamento em municípios de pequeno porte da Regional de Saúde de Belo Horizonte”, desenvolvida na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. O Previne Brasil é o novo programa de financiamento da Atenção Primária à Saúde, instituído pelo Ministério da Saúde em 2019, que propõe o pagamento por desempenho, desafiando municípios no cumprimento de metas. Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa com análise descritiva de dados secundários, disponíveis no Sistema de Informações da Atenção Básica. Foram analisados os indicadores referentes ao 1º quadrimestre de 2022 nos municípios pertencentes ao Projeto de Pesquisa. Identificou-se que todos os municípios, em estudo, encontram-se distantes de alcançar todas as metas estabelecidas no programa, situação que impacta no repasse de recursos. Assim, pretende-se refletir sobre os desafios no alcance das metas e as possíveis dificuldades nesse cenário.

PALAVRAS-CHAVE: Indicadores de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Financiamento.

INTRODUÇÃO

No Sistema de Saúde Brasileiro (SUS) é na Atenção Primária à Saúde (APS) que se resolve a maioria dos problemas de saúde da população, é o primeiro contato do sistema, no qual tem a responsabilidade acompanhar os usuários em qualquer ponto da rede de atenção. Além disso, é um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo que envolve: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação (CONASS, 2004; STARFIELD, 2002).

Assim sendo, embora o trabalho da APS seja bastante complexo do ponto de vista de atuação profissional, uma vez que requer inúmeras habilidades, competências e conhecimentos, exige uma menor densidade tecnológica. Nesse sentido, do ponto de vista de otimização de recursos, investir na melhoria e qualificação desse nível de atenção à saúde é extremamente relevante. Uma alternativa é melhorar a resolutividade da APS para reduzir os custos do sistema, organizar os fluxos dos usuários aos outros níveis de atenção e referenciar aqueles que realmente necessitam de atendimentos de alta tecnologia (BRASIL, 2006).

O financiamento da APS passou por inúmeras mudanças ao longo dos anos e tem sido alvo de diversas discussões. Anteriormente o recurso denominado Piso da Atenção Básica (PAB) que compõe o Teto Financeiro do Bloco Atenção Básica era composto de uma parte fixa (PAB fixo) destinada a todos os municípios e de uma parte variável (PAB variável) que consiste em montante de recursos financeiros destinados a estimular a implantação de alguns programas estratégicos (BRASIL, 2006). A partir de 2019, pactuada pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, foi criado pelo Ministério da Saúde (MS), o Programa Previne Brasil que estabelece um modelo de financiamento e de custeio da APS no âmbito do SUS. proposto em

três dimensões: captação ponderada, que considera a população cadastrada em Equipe de Saúde da Família (ESF), sendo aplicados pesos para definição do valor de transferência financeira; por pagamento por desempenho das ESF credenciadas e cadastradas no SCNES (Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde), considerando os resultados alcançados em indicadores quantitativos propostos; além de incentivos a ações estratégicas e prioritárias, pagamento por equipes, serviços ou programas da APS (BRASIL, 2019; HARZHEIM et al, 2020).

Para o presente estudo o enfoque de análise será no pagamento por desempenho, no qual o Ministério da Saúde (MS), pontuou sete indicadores prioritários no primeiro momento reforçando e mantendo os mesmo em 2022, são eles: 1- proporção de gestantes com pelo menos seis consultas de pré-natal realizadas, sendo a 1^a até a 20^a semana de gestação; 2- proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV; 3- proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado; 4- cobertura de exame citopatológico; 5- proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por haemophilus influenzae tipo b e Poliomielite inativada; 6- percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre; e 7- percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada (BRASIL, 2019; SOARES et al., 2021; BRASIL, 2022).

Assim, cabe aos municípios de todo país se estruturarem do ponto de vista do planejamento e gestão em saúde para evitar a perda de recursos financeiros. Em Minas Gerais a saúde é organizada em Superintendências Regionais de Saúde (SRS), as mesmas são responsáveis por conduzir as políticas e ações de saúde fortalecendo a governança regional do Sistema Estadual de Saúde em suas áreas de abrangências. Uma dessas regionais de saúde é a de Belo Horizonte que é responsável por gerir a saúde de 39 municípios. Destes, foram selecionados para a pesquisa aqueles considerados de pequeno porte, ou seja com menos de 20 mil habitantes e ainda com a adesão a todas as fases da pesquisa: “A Gestão no Sistema Único de Saúde: um estudo nos municípios de pequeno porte da Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte”, na qual este estudo faz parte (SESMG, 2021; IBGE, 2001).

Nessa perspectiva, trata-se de um recorte e uma parte da pesquisa supracitada realizada na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EE UFMG) em parceria com os municípios da regional de saúde de Belo Horizonte. Para tanto, o objetivo deste trabalho é analisar os indicadores do Programa Previne Brasil em oito municípios que aderiram ao projeto da EE-UFMG. Por fim, cabe ressaltar que analisar os indicadores de desempenho do Programa Previne Brasil é relevante na medida em que monitorá-los pode fornecer indicativos para evitar a perda de recursos por parte do município e promover um melhor planejamento em saúde.

REFERENCIAL TEÓRICO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a principal porta de entrada de acesso dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Através deste ponto de atenção é que se gerencia toda a rede do SUS, seus princípios perpassam por ser o primeiro contato ao leque de serviços de saúde, por promover a longitudinalidade; a integralidade; a abordagem familiar e o enfoque comunitário (STARFIELD, 2002).

Com esse intuito, responsável por coordenar toda a rede de atenção à saúde, a APS, deve permitir a garantia da acessibilidade a cada nova procura relacionada à saúde e ser o primeiro contato ao sistema. É importante que a APS garanta o acompanhamento de seus usuários ao longo do tempo e de forma humanizada. Além disso, esse ponto de atenção é responsável por prestar um conjunto de serviços que atendam às necessidades da população adstrita nos campos da promoção, da prevenção, da cura, do cuidado e da reabilitação e responsabilização pela coordenação do cuidado e envio de demandas a outros pontos de atenção

à saúde (MENDES, 2015; STARFIELD, 2002).

Para uma atenção à saúde satisfatória, a APS deve ser deve ser resolutiva capaz de resolver a maioria dos problemas de sua população sendo ainda o centro de comunicação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), organizando os fluxos e contrafluxos das pessoas, dos produtos e das informações entre os diferentes componentes das redes. Por fim, cabe ressaltar que é na APS em que os profissionais devem ter o conhecimento do seu território, da sua população, a fim de realizar a melhor organização e gerência dos serviços prestados (MENDES, 2015).

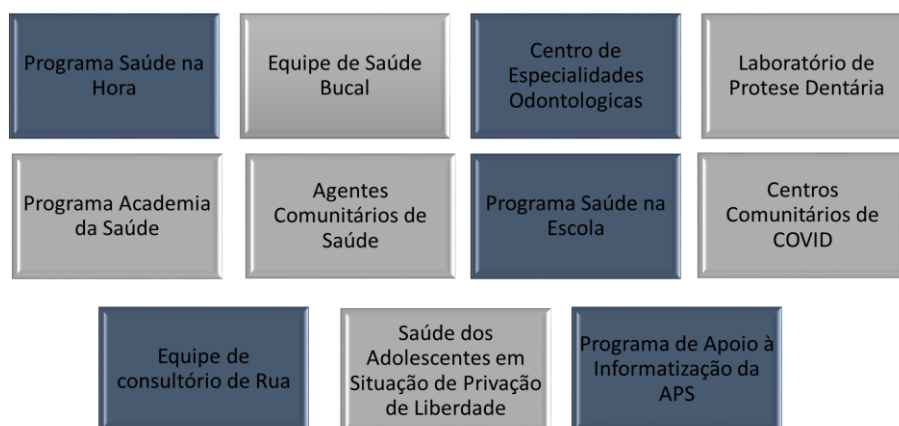
Nesse sentido, é possível destacar que aqueles países que investem mais na APS possuem melhores resultados em saúde e menores desigualdades em grupos populacionais. No Brasil, o financiamento que vigorava de 1996 até 2019 era baseado em um mecanismo regular com repasse fundo a fundo denominado Fundo da Atenção Básica- PAB. Os municípios recebiam um recurso por per capita de forma imediata e fixa para custeio das ações básicas de saúde (PAB fixo) e incentivos para a implantação de programas recomendados pelo Ministério da Saúde (PAB variável). Este modo de financiamento era considerado um avanço, pois rompia com o modo de pagamento por produção e estimulava a adesão à ESF (MASSUDA, 2020; MOROSINI et al, 2020).

No entanto, desde 2016 surge um aumento de políticas de austeridade no Brasil, em destaque a EC (Emenda Constitucional) 95, que congelou gastos da saúde, educação e assistência social por 20 anos, promovendo o desfinanciamento do SUS. E neste clima de incertezas e de perda de direitos sociais no Brasil, surge um novo modelo de financiamento, o programa Previne Brasil, criado em 2019 pela Portaria 2.979/2019 (BRASIL, 2019; DE SETA et al, 2021).

O novo modelo de financiamento criado pelo Ministério da Saúde foi estratificado em três dimensões: captação moderada, indicadores de desempenho das equipes de Saúde da Família (ESF) e por último através de incentivos a ações estratégicas e prioritárias sinalizadas pelo MS.

A captação moderada refere-se ao pagamento por pessoa cadastrada em ESF e APS. No entanto, o valor transferido são aplicados pesos conforme as necessidades de saúde e custos assistenciais, com vistas à garantia da equidade. Outro ponto de forma de aquisição de recursos é a adesão por parte dos municípios às ações estratégicas da APS e ESF. São contemplados as seguintes ações, programas e estratégias, demonstradas na figura 1:

Figura 1- Ações Estratégicas da Atenção Primária à Saúde



Fonte: Elaboração Própria com informações oriundas do Ministério da Saúde, 2022.

Por fim, a outra forma de recebimento de recursos é o pagamento por desempenho através do alcance das metas estabelecidas pelo MS diante dos seguintes indicadores:

Quadro 1: Indicadores de pagamento por desempenho, Previne Brasil, com peso, meta e parâmetro.

AÇÕES ESTRATÉGICAS	INDICADOR	PARÂ-METRO	META 2022	PESO
Pré- Natal	I - proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª (primeira) até a 12ª (décima segunda) semana de gestação;	100%	45%	1
	II - proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV;	100%	60%	1
	III - proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado;	100%	60%	2
Saúde da Mulher	IV - proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS;	≥80%	40%	1
Saúde da Criança	V - proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por haemophilus influenzae tipo b e Poliomielite inativada;	95%	95%	2
Doenças Crônicas	VI- proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre;	100%	50%	1
	VII - proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre	100%	50%	1

Fonte: Adaptado de Oliveira (2022).

Para tanto, buscando auxiliar os municípios de pequeno porte no alcance das metas estabelecidas, a fim de preservar o aporte financeiro, favorecer o planejamento em saúde e melhorar a qualidade da assistência. Sugere-se nesse estudo propor uma análise aos resultados dos indicadores do Programa Previne Brasil nos municípios de pequeno porte da Região de Saúde de Belo Horizonte.

METODOLOGIA

O presente estudo possui abordagem quantitativa e descritiva. Foi realizada uma análise descritiva a partir da captação de dados secundários dos indicadores do Programa Previne Brasil. Foram analisados os resultados dos 7 indicadores referente ao desempenho no 1º quadrimestre de 2022, realizando comparação com a meta estabelecida no programa e o resultado alcançado por cada município. A periodicidade para análise dos indicadores se deu de acordo com a disponibilidade de informações públicas no SISAB (Sistema de Informações em Saúde da Atenção Básica). Cabe citar que por tratar-se de informações publicizadas esse estudo dispensou a necessidade de comitê de ética em pesquisa.

Os municípios foco de estudo, constituem as 8 cidades de pequeno porte, pertencente à Regional de Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, que por adesão aceitaram participar da pesquisa “A Gestão do Sistema Único de Saúde: um estudo sobre o planejamento em municípios de pequeno porte da Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte”,

desenvolvida na Universidade Federal de Minas Gerais, são eles: Santana do Riacho, Confins, Florestal, Jaboticatubas, Moeda, Piedade dos Gerais, Rio Acima e Raposos. Ressalta-se que essa pesquisa tem como foco apoiar os municípios na melhoria do planejamento em saúde com foco em ações de Educação Permanente.

Para a apresentação dos resultados optou-se pela construção de tabela utilizando o Microsoft Excel 2013.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Para uma melhor análise dos resultados foram observadas as especificações presentes nas notas técnicas do Programa. De acordo com a Nota Técnica Explicativa do Relatório de Indicadores de Desempenho da APS (Previne Brasil-2022), disponível publicamente no SISAB, devem ser observadas as seguintes informações, na qual há um intervalo sinalizado que descreve o quanto (%) o município conseguiu alcançar com relação à meta (BRASIL, 2022).

Desse modo, na figura 2, é possível notar que se o município atingiu menos que 40% da meta estabelecida, o intervalo sinalizado é vermelho. Se o alcance foi entre 40% e 69% da meta estabelecida, a sinalização é laranja. Caso, o município tenha conseguido alcançar de 70% a 99% da meta, os resultados são destacados em verde. Já para casos onde houve cumprimento total ou superação da meta, o sistema sinaliza os percentuais em azul (BRASIL, 2022).

Figura 2- sinalização semafórica dos indicadores do Previne Brasil

Indicador	Meta	Intervalo	Intervalo	Intervalo	Intervalo
Indicador 1	45%	<18%	≥18% e <31%	≥31% e <45%	≥45%
Indicador 2	60%	<24%	≥24% e <42%	≥42% e <60%	≥60%
Indicador 3	60%	<24%	≥24% e <42%	≥42% e <60%	≥60%
Indicador 4	40%	<16%	≥16% e <28%	≥28% e <40%	≥40%
Indicador 5	95%	<38%	≥38% e <67%	≥67% e <95%	≥95%
Indicador 6	50%	<20%	≥20% e <35%	≥35% e <50%	≥50%
Indicador 7	50%	<20%	≥20% e <35%	≥35% e <50%	≥50%

Fonte: Sistema de Informações em Saúde da Atenção Básica (SISAB, 2022)

Tendo como base os parâmetros do sistema, foram avaliadas as informações dos 7 indicadores para o universo (8 municípios em estudo). A avaliação descrita na tabela 2 evidencia quais os resultados alcançados. Além disso, apresenta a sinalização semafórica, demonstrando a porcentagem da meta cumprida, de acordo com a figura 1.

Tabela 1- Resultados do Previne Brasil, municípios de pequeno porte, 1º quadrimestre de 2022

Indicadores	Resultado (%) por município							
	Confins	Florestal	Jaboticatubas	Moeda	Piedade dos Gerais	Raposos	Rio Acima	Santana do Riacho
Indicador 1 (consultas de pré natal)	0	11	11	0	58	0	20	31
Indicador 2 (exames de sífilis e HIV em gestantes)	4	11	11	8	75	2	34	44
Indicador 3 (gestantes com avaliação odontológica)	0	61	11	33	25	0	6	44
Indicador 4 (exame citopatológico do colo de útero)	1	10	17	8	20	4	3	19
Indicador 5 (3º dose de polio e penta em menores de 1 ano)	43	0	76	0	27	76	3	74
Indicador 6 (hipertensos com consulta e aferição semestral)	0	7	15	7	24	1	4	34

Indicador 7
(diabéticos com solicitação
de exame semestral)

0

1

5

8

24

0

5

21

Fonte: SISAB

Observando os dados da tabela, nota-se que, a maior parte dos municípios encontra-se distante de alcançar a meta estabelecida no programa. A cor vermelha, que sinaliza os resultados mais distantes da meta, prevalece entre os municípios. No 1º quadrimestre de 2022, somente os municípios Piedade dos Gerais e Florestal conseguiram superar a meta, em 2 e 1 indicadores respectivamente. Ademais, Santana do Riacho, apesar de não conseguir alcançar metas no período, destaca-se por não haver nenhum caso em que houve um cumprimento menor que 40% das metas dos indicadores.

O indicador 1, conforme o Ministério da saúde (2002; 2006), que preconiza para um adequado o acompanhamento pré-natal, a realização de no mínimo 6 consultas de pré-natal com início até a 12.^a semana de gestação, tendo o acompanhamento das gestantes na APS, pois estima-se que o início precoce do pré natal e um acompanhamento contínuo corrobora na redução da mortalidade materna e mortalidade infantil. Nesse sentido, autores como Neme (2000) e Dias et al (2018) deixam claro que o pré-natal tem função de prevenção da saúde materna e perinatal, conseguindo identificar e prevenir patologias importantes, como anemias, aumento da pressão arterial, favorecendo o aparecimento de eclâmpsia, além de proporcionar um melhor preparo psicológico para o parto e puerpério, reduzindo taxas de abortamento e risco de parto prematuro.

Para o indicador das consultas de pré-natal, dos 8 municípios em estudo, 5 (Confins, Florestal, Jaboticatubas, Moeda, Raposos) conseguiram alcançar menos de 40% da meta, sendo que 3 (Confins, Moeda e Raposos) destes cumpriram 0% do estabelecido. Enquanto isso, Santana do Riacho e Rio Acima mantiveram seu alcance sinalizado em laranja, mostrando que conseguiram cumprir entre 40 e 69% da meta. Piedade dos Gerais, conseguiu superar a meta (45%), alcançando 58% das gestantes com 6 ou mais consultas de pré natal, iniciadas até a 12º semana de gestação.

Sobre o indicador 2 que verifica a realização de testes de HIV e sífilis em gestantes, 5 municípios conseguiram alcançar menos de 40% da meta, sendo esses: Confins, Florestal, Jaboticatubas, Moeda e Raposos. Rio Acima conseguiu alcançar entre 40 e 69% da meta; Santana do Riacho entre 70% e 99% da meta. E Piedade dos Gerais, novamente alcançou mais que 100% do estabelecido (superando em 15%, a meta de 60% do programa). No Brasil, os testes rápidos de sífilis e HIV devem ser realizados pelas gestantes, sendo o mesmo solicitado na primeira consulta de pré-natal. Em caso positivo e diagnóstico confirmado, as medidas específicas são tomadas, evitando a transmissão vertical da doença (GONCALVES; PICCININI, 2007). Embora não avaliado pelo Previne Brasil, ainda há a recomendação de que as parcerias sexuais das gestantes também realizem a testagem.

Já o indicador 3 avalia o pré-natal odontológico no qual tem a avaliação do dentista à gestante. Dos 8 municípios em estudo, 4 (50%; Confins, Jaboticatubas, Raposos, Rio Acima) tiveram um alcance inferior a 40% da meta. Destes, 2 cumpriram 0% da meta estabelecida. Moeda e Rio Acima alcançaram respectivamente 33% e 25%, representando cumprimento de 40% a 69% da meta (sinalizado em laranja). Santana do Riacho conseguiu alcançar 44%, sendo representado em verde. Já Florestal conseguiu superar em 1% a meta, alcançando 61% das gestantes com avaliação odontológica durante o pré natal.

O 4º indicador é referente à realização dos exames citopatológicos do colo do útero, preconizados na faixa etária entre 25 e 64 anos, que conforme Santos et al (2015) é uma estratégia utilizada para a detecção precoce/rastreamento do câncer de colo do útero. Nesse indicador, nenhum município conseguiu alcançar a meta, 5 municípios (Confins, Florestal, Moeda, Raposos e Rio Acima) ficaram no patamar de alcance inferior a 40% da meta, já Piedade Gerais e Santana do Riacho conseguiram alcançar entre 40% e 69% da meta, sendo sinalizados em laranja.

O 5º indicador refere-se às vacinas de poliomielite e pentavalente nas crianças menores de 1 ano, as quais o Programa Nacional de Imunização (PNI), recomenda que

sejam aplicadas 3 doses de cada vacina antes dos 12 meses de idade. No 5º indicador nenhum município alcançou 100% da meta, que representada por 95% é a maior meta entre os qualificadores do programa. Florestal e Moeda alcançaram 0% e Rio Acima 3%. Piedade dos Gerais 27%, Confins 43%, Santana do Riacho 74% e Jaboticatubas e Raposos 76%.

Os indicadores 6 e 7 referem-se ao acompanhamento de 2 doenças crônicas. Conforme as notas técnicas, estima-se que a cada 6 meses ocorra a aferição de pressão e consulta ao hipertenso, já o diabético deve ter além da consulta de controle, a solicitação do exame de hemoglobina glicada. Na análise, nota-se que nenhum município alcançou a meta nos indicadores 6 e 7. A maior parte manteve-se na sinalização vermelha que mostra-se mais distante de alcançar o mínimo estabelecido ou o acompanhamento de 50% dos hipertensos e diabéticos cadastrados (BRASIL, 2022). É importante ressaltar que o registro e devido acompanhamento das doenças crônicas possuem impacto em reduzir morbidades e mortalidades precoces.

Tendo em vista a análise descritiva, muitos são os fatores que podem estar associados ao cotidiano dos serviços, impactando nos resultados do programa, essencialmente nos municípios de pequeno porte, que muitas vezes dispõe apenas de serviços de APS e demais situações necessitam ser referenciadas na rede. Cabe citar que apesar do Previner Brasil trabalhar com dimensões já desenvolvidas e realizadas na APS, o resultado dos indicadores leva à ideia que ainda é preciso aperfeiçoar, registrar e organizar ou ainda buscar novas formas de mensurar resultados que não sejam impactados pelas dificuldades já evidentes nos territórios.

Merece destaque a realidade de usuários que não realizam acompanhamento pela APS são estes: usuários da rede particular, gestantes de alto risco que realizam acompanhamento direto em outros níveis de atenção e ainda a dificuldade e resistência com o registro de informações em sistema, pois, ao tratar-se de indicadores, os mesmos são mensurados com dados lançados pós atendimento/acompanhamento. Peters et al (2020), evidencia que apesar dos desafios para acompanhamento, é preciso fortalecer a ideia da responsabilização e vinculação, mostrando ao usuário como as gestantes, que as unidades de Atenção Primária, grupos do território e outros estão à disposição para um acompanhamento contínuo e integral.

Com relação a esses desafios, a literatura aponta nos escritos de Costa et al (2022), que realizou avaliação do desempenho do Previner Brasil no Distrito Federal, a conclusão de que ainda é necessário haver especial atenção aos recursos humanos, sendo necessário compreender o papel que a APS assume no acompanhamento do território. Além disso, é preciso atentar aos sistemas de informação utilizados para registro de procedimentos dentro da Atenção Básica. Outro ponto importante é a capacidade dos profissionais que devem compreender o processo de registros no sistema e a nova realidade da APS. Complementando, Harzheim et al (2022), descreve que a criação de uma cultura de registro e informatização é primordial na nova estratégia de financiamento.

CONCLUSÃO

Diante desses resultados é evidente os desafios no cumprimento dos indicadores que pertencentes a um programa que realiza repasses por desempenho tendem a fragilizar os serviços da APS, deixando evidente o paradigma de que é preciso investir para melhorar o desempenho, mas também é preciso ter um bom desempenho e organização para que se possa adquirir recursos para investimentos na APS.

Sem dúvidas, os resultados alcançados até o momento, no programa, terão impacto no financiamento da APS. Se anterior ao programa, com outras medidas de financiamento já

havia desafios para manutenção de equipes, estruturas e equipamentos, estima-se uma ampliação de desafios, mas possibilidades de estruturar e organizar os serviços para melhorias. Ainda é preciso citar que o Previnde Brasil trabalha com dimensões e indicadores que já fazem parte da rotina da APS, mas serão avaliados por outra dimensão e cobrança.

Desse modo é preciso o desenvolvimento de estratégias que focadas em organização, informatização, educação permanente e educação em saúde que possam mobilizar profissionais à busca constante dos usuários, pela construção e fortalecimento da APS, entendendo que apesar dos desafios cotidiano, o acompanhamento de gestantes, crianças e pessoas com doenças crônicas é responsabilidade central da APS, sendo que os demais serviços devem complementar e não substituir a responsabilidade da saúde pública e desse nível de atenção com o território.

Espera-se que esse trabalho alcance reflexões sobre a nova realidade da APS e os desafios, essencialmente aos municípios de pequeno porte, levantando a reflexão de que a APS é uma construção conjunta e deve visar o acompanhamento da população. Ademais, é necessário refletir que indicadores podem medir desempenho, mas respeitando as fragilidades e particularidades dos serviços de saúde.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a todos os integrantes dos Projetos de pesquisa e extensão: “A Gestão do SUS: um estudo nos municípios de pequeno porte da SRS BH” e “Apoio gerencial a municípios de pequeno porte da Região Metropolitana de Belo Horizonte MG”.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Portaria Nº 648, de 28 de Março de 2006. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. **Portaria Nº 2.979 de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previnde Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2019.

BRASIL. Portaria Nº 102 de Janeiro de 2022, que dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previnde Brasil. Brasília, DF, 2022.

CONASS, Conselho Nacional de Secretários. **Atenção Primária, seminário para a estruturação de consensos**. Série CONASS documenta, caderno de informação técnica e memória de Progestores. Brasília, n. 2, 2004.

COSTA, J. P. D. C. et al. Equipes de saúde da família inconsistentes e impacto nos indicadores do Programa Previnde Brasil relacionados ao pré-natal no território do Distrito Federal no primeiro quadrimestre de 2021. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 5, n. 1, p. 3189-3201, 2022.

DE SETA, M. H.; OCKÉ-REIS, C.O.; RAMOS, A. L. P.. Programa Previnde Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde? **Ciênc. saúde coletiva**, v. 25, ed. 2, p. 3781-3786, 19 set. 2022.

DIAS, E. G. et al. Ações do enfermeiro no pré-natal e a importância atribuída pelas gestantes. **Revista Sustinere**, v. 6, n. 1, p. 52-62, 2018.

GONÇALVES, T. R.; PICCININI, C. A.. Aspectos psicológicos da gestação e da maternidade no contexto da infecção pelo HIV/Aids. **Psicologia USP**, v. 18, p. 113-142, 2007.

HARZHEIM et al, 2020. Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 25 n.4, p.1361-1374, 2020..

HARZHEIM, E. et al. Atenção primária à saúde para o século XXI: primeiros resultados do novo modelo de financiamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 609-617, 2022.

IBGE. **Perfil dos municípios brasileiros : pesquisa de informações básicas municipais 1999**. Departamento de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2001.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Ciênc. saúde coletiva**. v.25, n.4, 2020.

MENDES, E. V. **A Construção social da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. CONASS, 2015.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; BAPTISTA, T. W. de F.. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica?. **Cad. Saúde Pública**. v. 36, ed. 9, p. 1-20, 19 set. 2022

NEME, B. e MARETTI, M. **Assistência pré-natal**. Obstetrícia básica / 2.ed. Tradução . São Paulo: Sarvier, 2000.

OLIVEIRA, L. C. L. **SAÚDE BUCAL E PREVENÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA: PERSPECTIVAS DO PREVINE BRASIL**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão de Organização Pública Em Saúde) - Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), 2022. Disponível em < <https://repositorio.ufsm.br/handle/1/26020>> Acesso em 17 set. 2022.

PETERS, A. A. et al. Gestantes em uso de substâncias psicoativas atendidas por enfermeiros na Atenção Primária à Saúde. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)**, v. 16, n. 2, p. 66-74, 2020.

SANTOS, A. M. R. et al. Câncer de colo uterino: conhecimento e comportamento de mulheres para prevenção. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 28, n. 2, p. 153-159, 2015.

SESMG, Secretaria do Estado da Saúde de Minas Gerais. **Superintendências Regionais de Saúde (SRS) e Gerências Regionais de Saúde (GRS)**. Minas Gerais, MG. 2021.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.



*III SEMINÁRIO DA PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS
DE SAÚDE*

SOARES, C. S. et al. Debate acerca do Novo Financiamento da APS. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, [S.L.], v. 18, n. 2, p. 41-54, 26 jun. 2021

ANÁLISE DOS INTERVALOS DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO NO ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE PACIENTES AMBULATORIAIS COM CÂNCER DE MAMA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO FEDERAL

Janaína Batista Almeida Magalhães - Mestre em Gestão de Serviços de Saúde –
Universidade Federal de Minas Gerais;

Kenya Valeria M. Souza Noronha- Doutora docente no Mestrado Profissional em
Gestão de Serviços de Saúde – Universidade Federal de Minas Gerais;

Cássio Maldonado Turra - Doutora docente no Mestrado Profissional em Gestão de
Serviços de Saúde – Universidade Federal de Minas Gerais;

Juliana Batista da Silva Moreira – Graduada em Farmácia - Universidade Federal de
Minas Gerais

RESUMO

O câncer de mama (CM) compreende um problema de saúde pública mundial. O aumento de sua mortalidade é diretamente proporcional às mudanças nos padrões demográficos, como o envelhecimento populacional e o desenvolvimento econômico. Entre os diversos gargalos existentes no percurso das pacientes com CM, garantir o acesso equitativo e integral ao diagnóstico e ao tratamento da doença em tempo oportuno torna-se um desafio. Em 2012, foi sancionada a Lei nº 12.732, a qual estabelece que o primeiro tratamento oncológico no SUS deve se iniciar no prazo máximo de 60 dias após a confirmação diagnóstica. O objetivo do estudo foi analisar os intervalos de diagnóstico e tratamento do câncer de mama, em mulheres atendidas entre janeiro de 2018 e dezembro de 2020 em um Hospital Universitário Federal (HUF), considerando a referida Lei e os impactos da pandemia de Covid-19. Trata-se de estudo descritivo, observacional de corte transversal, retrospectivo, de natureza quantitativa. O universo da pesquisa foi composto por 276 pacientes do sexo feminino com diagnóstico de câncer de mama. A coleta de dados foi realizada com informações disponíveis em prontuário. Os dados foram submetidos à análise estatística do tipo descritiva para as variáveis qualitativas. Em relação às características sociodemográficas e clínicas, a idade mediana das mulheres no diagnóstico foi de 58 anos, 67% são pardas, 79% provenientes da macrorregião central de saúde e 52,2% chegaram na UNACON em estágios iniciais (I e II) do câncer de mama. O tipo de terapia mais indicada como primeiro tratamento foi cirurgia (58%). Quanto aos intervalos de tempo, observou-se que o tempo mediano entre a suspeição e a confirmação diagnóstica foi de 52 dias e entre o diagnóstico e o início do tratamento foi de 83 dias, sendo que 66,7% das pacientes tiveram tempo superior a 60 dias. Ou seja, o prazo preconizado pela Lei 12.732 de 2012 foi cumprido apenas para 33,3% dos casos. Por fim, evidenciou-se que não existiu diferença nos intervalos de tempo, bem como na proporção de estadiamento e tipo de tratamento considerando o período de 2018 a 2020. Para o hospital em estudo, a pandemia de covid-19 não influenciou no percurso da paciente com câncer de mama. É fundamental que se diminuam os intervalos entre as diferentes etapas que integram a linha de cuidado da paciente com câncer de mama, de forma a proporcionar um tratamento oncológico em tempo ideal, conforme preconizado pela legislação.

Palavras-chave: câncer de mama; tempo para tratamento; pandemia covid-19

INTRODUÇÃO

O câncer é a principal causa de morte no mundo e foi responsável por 9,9 milhões de óbitos em 2020, sendo reconhecido como um importante problema de saúde pública mundial (WHO, 2020). De acordo com BRAY (2020), a incidência e a mortalidade por câncer vêm aumentando devido ao envelhecimento, crescimento populacional e mudança na distribuição e prevalência dos fatores de risco de câncer, especialmente os associados ao desenvolvimento socioeconômico.

O GLOBOCAN (Global Cancer Observatory) estima que ocorreram 19 milhões de casos novos de câncer no mundo em 2020 (18,1 milhões excluindo câncer de pele não melanoma), sendo a neoplasia de mama a mais incidente (2,3 milhões de novos casos, 11,7%), ultrapassando pela primeira vez o câncer de pulmão (11,4%), seguido por colorretal (10,0%), próstata (7,3%) e estômago (5,6%).

Especificamente em relação ao câncer de mama (CM), as maiores taxas de incidência são observadas em países desenvolvidos (41,1 por 100 mil) relativamente aos países em desenvolvimento (32,8 por 100 mil), embora haja uma inversão deste cenário em relação às taxas de mortalidade, que são de 10,3 e 17,1 por 100 mil, respectivamente (FERLAY, 2019). As diferenças da incidência e mortalidade entre países desenvolvidos e em desenvolvimento relacionam-se a vários fatores clínicos e sociodemográficos, que resultam na falta de acesso adequado aos serviços de saúde (UNGER-SALDAÑA *et al.*, 2014; MEDEIROS *et al.*, 2015).

No Brasil, estima-se 66.280 casos novos de CM para cada ano do triênio 2020-2022. O CM é a principal causa de morte por câncer entre as mulheres em quatro das cinco Macrorregiões do Brasil, com exceção da Região Norte, onde o CM ocupa o segundo lugar. A taxa de sobrevivência em cinco anos, no país, é de aproximadamente 68,7% (ALLEMANI *et al.*, 2018). A alta taxa de mortalidade por câncer de mama pode ser explicada parcialmente pelo fato de, em média, 60% dos tumores de mama serem diagnosticados em estádios avançados e atraso na realização da terapêutica adequada, propiciando o crescimento tumoral (DE PAIVA e CESSE, 2015).

A Política Nacional de Atenção Oncológica estabelecida pelo Ministério da Saúde (MS) em dezembro de 2005, por meio da portaria 2.439, determina que as ações para o controle do câncer no Brasil sejam realizadas por meio de uma Rede de Atenção Oncológica (RAO) que busca organizar uma linha de cuidados que perpassa todos os níveis de atenção (básica, especializada de média e de alta complexidade) e de atendimento (promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos), bem como qualificar a assistência de acordo com os princípios da integralidade e da humanização (BRASIL, 2005).

A organização da rede de atenção à saúde para o controle do câncer exige dos gestores um planejamento capaz de atender às demandas de diagnóstico com qualidade, em tempo oportuno e que garanta o início do tratamento oncológico logo após sua indicação (ATTY *et al.*, 2020). O acesso e o tempo para o diagnóstico e tratamento do CM variam nas diversas regiões do país, dependendo de fatores geográficos e socioeconômicos (INCA, 2009).

No âmbito da assistência oncológica, o atraso no tratamento pode ocorrer em três momentos: do momento em que a mulher apresenta os sintomas até a chegada ao serviço de saúde; do primeiro atendimento médico até o acesso ao serviço de referência especializado em seu tratamento e, por fim, no intervalo entre a primeira avaliação neste serviço de referência até o início do tratamento para a neoplasia em questão (COATES, 1999). O atraso entre o diagnóstico e o início do tratamento pode agravar o câncer de mama, reduzindo as chances de cura e piorando o prognóstico da doença, com impactos na qualidade de vida do paciente oncológico (TRUFELLI *et al.*, 2008). Além disso, dada a necessidade de utilização de variados tratamentos terapêuticos, é importante considerar o aumento dos gastos públicos em decorrência dos tratamentos mais caros e estendidos (BRASIL, 2011).

Estudo realizado nos Estados Unidos (Carolina do Norte) com mulheres de baixa renda mostrou que uma em cada dez mulheres esperaram período maior ou igual a 60 dias para iniciar o tratamento após o diagnóstico. Esse intervalo tem sido associado à uma diminuição de 85% da sobrevivência por câncer de mama entre pacientes com estadiamento

avanzado da neoplasia (LAUGHLIN *et al.*, 2012). Uma outra pesquisa que avaliou o impacto da demora da realização de cirurgia com finalidade curativa na sobrevivência concluiu que, para o câncer de mama, intervalos superiores a 12 semanas estão associados ao aumento da mortalidade pela doença (SHIN *et al.*, 2018).

No Brasil, o Tribunal de Contas da União, com base nos dados do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e dos Registros Hospitalares de Câncer (RHC), evidenciou que os tratamentos oncológicos providos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) não têm sido oportunos (BRASIL, 2011). Dessa forma, em 2012, a Lei N° 12.732 de novembro de 2012 (Lei dos 60 dias), prevê ao paciente oncológico o direito ao início do tratamento em um período igual ou inferior a 60 dias após confirmação diagnóstica (BRASIL, 2012).

Segundo relatório publicado pelo Ministério da Saúde, considerando o total de 34.992 mulheres diagnosticadas com câncer de mama no ano de 2018, apenas 50,9% realizaram o primeiro tratamento em até 60 dias, 43,6 % com mais de 60 dias e 5,5 % não possuíam informações de tratamento. É importante salientar que no período de 2013 a 2019 não houve uma melhora significativa no intervalo de tempo entre diagnóstico e primeiro tratamento em até 60 dias pois a média manteve-se em 47,18% (INCA, 2020).

A pandemia do novo Coronavírus (SARS-CoV-2) tornou esse cenário de saúde ainda mais desafiador para pacientes com doenças crônicas não transmissíveis, incluindo neoplasias, uma vez que essas doenças e seus fatores de risco comportamentais e metabólicos agravam os casos, aumentam o tempo de internação e as taxas de mortalidade pela COVID-19 (SILVA, JARDIM, LOTUFO, 2021; MALTA *et al.*, 2021). Para os pacientes com câncer, os maiores obstáculos, nesse contexto, têm sido a barreira de acesso aos serviços de saúde e a realização de diagnóstico de casos suspeitos de câncer, impactando no início do tratamento em tempo hábil (OSÓRIO *et al.*, 2020).

A pandemia COVID-19 apresentou desafios sem precedentes para pacientes, profissionais de saúde e sistemas de saúde. Um estudo realizado pelo Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE) com o objetivo de analisar o impacto da pandemia da COVID-19 em um centro oncológico, comparou o número de pacientes com câncer em um período antes (março e maio de 2019) e durante a pandemia da COVID-19 (março a maio de 2020) e mostrou que houve uma diminuição de 45,0% (de 4.238 para 2.329) e de 56,2% (de 975 para 427) no número total de consultas de retorno e de novas consultas, respectivamente, entre os pacientes que procuraram tratamento oncológico no período da COVID-19. Houve redução de 27,5% (de 2.545 para 1.845) no número total de pacientes submetidos a tratamento sistêmico intravenoso, além de redução de 57,4% (de 242 para 103) no número de novos pacientes submetidos a tratamento sistêmico intravenoso no período da COVID-19. Em contrapartida, houve aumento substancial de 309% (de 22 para 68) no número de novos pacientes submetidos a regimes quimioterápicos orais no período da COVID-19 (ARAÚJO *et al.*, 2020).

Conhecer o tempo real gasto para iniciar o tratamento oncológico nos serviços de saúde é fundamental para que gestores, instituições e profissionais de saúde atentem para o contexto do câncer de mama e da saúde da mulher no Brasil de forma que as estratégias de prevenção secundária e assistenciais existentes sejam reforçadas e melhoradas. Destaca-se ainda o predomínio de publicações no nível primário de atenção à saúde e a carência de estudos no nível terciário quanto ao acesso e tratamento como etapas da linha de cuidado e humanização das políticas em oncologia (KLIGERMAN, 2000; BRITO, 2005).

Diante do exposto, esse estudo teve como objetivo analisar os intervalos de diagnóstico e tratamento do câncer de mama em mulheres atendidas entre janeiro de 2018

e dezembro de 2020 em um Hospital Universitário Federal (HUF), considerando a Lei N° 12.732 de 2012 e os impactos da pandemia de covid-19.

REFERENCIAL TEÓRICO

O câncer de mama configura-se importante problema de saúde pública mundial devido à sua elevada incidência e morbimortalidade, sendo o tumor mais comum entre as mulheres. Além disso, impacta na saúde e na produtividade do país devido às possíveis complicações das quais requerem assistência hospitalar (DOS SANTOS *et al.*, 2020; MATOS *et al.*, 2020; TSUHA *et al.*, 2021).

Os fatores que contribuem para o aumento do risco de câncer de mama podem ser genéticos e hereditários ou relacionados à história reprodutiva, hormonal, ambientais (avanço da urbanização) e comportamentais (adoção de estilos de vida que podem ser prejudiciais). Observa-se um aumento no risco que pode estar associado a uma expectativa de vida mais longa (INUMARU, SILVEIRA, NAVES, 2011; DESANTIS; BRYAN; JEMAL, 2014; DI SIBIO *et al.*, 2016; CAMARGO *et al.*, 2021).

De acordo com o Global Cancer Observatory (GLOBOCAN) da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2019 foram estimados 19 milhões de casos novos de câncer e 9,9 milhões de óbitos. Mundialmente, o câncer de mama é o mais incidente e a principal causa de morte por neoplasia entre as mulheres (GLOBOCAN, 2019; FERLAY *et al.*, 2020; KOCK, RIGHETTO, MACHADO, 2020; LÔBO *et al.*, 2020). Sung *et al.* (2021) examinando a carga do câncer em todo o mundo em 2020 com base nas estimativas do GLOBOCAN, revelam que o câncer de mama feminino já ultrapassou o câncer de pulmão como a principal causa de incidência global de câncer em 2020, com 2,3 milhões de casos novos, o que representa 11,7% do total de casos de câncer. Os autores apontam também que o câncer de mama é a quinta causa principal de mortalidade por câncer em todo o mundo, com 685.000 mortes. Entre as mulheres, o câncer de mama é responsável por 1 em cada 4 casos de câncer e para 1 em cada 6 mortes por câncer, ocupando o primeiro lugar para a incidência na grande maioria dos países (159 de 185 países) (SUNG *et al.*, 2021).

Dados recentes da Agência Internacional de Pesquisa sobre o Câncer (IARC) apontam que há no Brasil 88.492 (32.1%) casos incidentes, 299.542 prevalentes (40.0%), e 20.725 óbitos (17.1%). Mundialmente, a incidência era de 2.261.419 (24.5%), prevalência de 7.790.717 (33.7%) e óbitos de 684.996 (15.6%) (IARC, 2021).

O tratamento do câncer de mama é multimodal e pode ser classificado como local; contemplando cirurgia (radical ou conservadora) e radioterapia, e sistêmico; incluindo quimioterapia, hormonioterapia e/ou terapia-alvo molecular, incluindo imunoterapia (NCCN, 2018; INCA, 2018; DURANT, 2016; COSTA *et al.*, 2021). A escolha da terapia considera o estadiamento clínico anatômico e/ou patológico, o tipo histológico, a condição dos gânglios axilares, o estado de saúde da paciente, além de características individuais como idade ao diagnóstico e raça (COATES, 2015; GUERRA, 2015; NCCN, 2018).

Um dos maiores problemas do atendimento aos pacientes com câncer de mama no Brasil tem sido a falta de uma rede consolidada de referência para o diagnóstico e o tratamento precoce de casos, o que pressupõe o acesso aos serviços em portas de entrada descentralizadas do sistema e o encaminhamento a unidades de tratamento próximas ao local de residência dos pacientes. A distância e a presença de polos de atenção são, portanto, elementos-chave para o acesso aos serviços que, por sua vez, configuram

regiões do ponto de vista funcional, bem como de seus fluxos internos (ALMEIDA *et al.*, 2010; MANCINI, 2015; SALDANHA *et al.*, 2019).

O conhecimento sobre a neoplasia mamária permite estabelecer prioridades e alocar recursos de forma direcionada para a modificação positiva no cenário brasileiro, cujo controle e prevenção deverão ser priorizados em todas as regiões. Observa-se também diversas medidas governamentais voltadas à detecção precoce e rastreamento de casos e que uma rede integrada de cuidados em saúde foram adotadas no país nas últimas décadas, avançando no entendimento de que o câncer é uma questão de saúde pública que envolve os diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde e as três esferas de governo (SCHLEMMER, CASTILHOS, LIMA, 2016; OLIVEIRA, SENNA, 2019).

Para realizar o diagnóstico precoce, bem como o tratamento em tempo adequado, é importante a existência de serviços de saúde devidamente capacitados para garantir o acesso ao tratamento dos casos confirmados. Torna-se, portanto, fundamentais os maiores esforços dos trabalhadores da saúde e dos gestores municipais, estaduais e federais para planejar a rede de atenção, rever a prática de cuidados ao usuário com câncer, sobretudo as políticas públicas existentes, organizando os fluxos de referência e contra referência, permitindo maior agilidade entre o tempo de diagnóstico e início de tratamento, conforme preconizado pelo MS. (BARROS *et al.*, 2019; OLIVEIRA, SOARES, 2020; SOUZA *et al.*, 2021).

Um aspecto relevante do tratamento do câncer refere-se ao tempo transcorrido entre o diagnóstico e o início do tratamento efetivo. A demora no diagnóstico e início do tratamento possibilita o crescimento e evolução do tumor, levando à estadiamentos mais avançados e ampliação dos riscos de metástases, influenciando diretamente na sobrevivência dos pacientes, que é aumentada ou diminuída conforme o acesso aos serviços de saúde (CARVALHO, O'DWER, RODRIGUES, 2018; LANA, TEIXEIRA, 2021). O planejamento de políticas para o controle do câncer de mama por meio da detecção precoce é elencado como estratégia fundamental, enquanto assistência. Quanto mais cedo um tumor invasivo é detectado e o tratamento é iniciado, maior a probabilidade de cura (INCA, 2019; LANA, TEIXEIRA, 2021).

Resultados de estudos mostram que a demora na detecção, diagnóstico e tratamento em mulheres com câncer de mama pode ocasionar um pior prognóstico e diminuição da sobrevivência, além de influenciar na progressão do tumor, tornando-o irreversível (LOHRISCH *et al.*, 2006; TRUFELLI, 2008; GUERRA, 2015; INCA, 2016; NOWS, 2019).

A pandemia da COVID-19 repercutiu negativamente na qualidade de vida das pessoas vulneráveis vítimas do câncer impactando negativamente no tratamento. Os pacientes com câncer necessitam de um atendimento multiprofissional de forma contínua. Nesse contexto, é provável que possa ter ocorrido interrupção, adiamento e até cancelamento das avaliações de rotina, dos exames laboratoriais, tratamento e cirurgias, devido ao isolamento social (SILVA *et al.*, 2021).

A pandemia COVID-19 apresentou desafios sem precedentes para pacientes, profissionais de saúde e sistemas de saúde. Profissionais de saúde vêm modificando o atendimento ao paciente para minimizar o risco de exposição, além de preservar recursos (ANDRADE *et al.*, 2020; FELETTI *et al.*, 2020; GASPARRI *et al.*, 2020; MOSELLA V. *et al.*, 2020; NORONHA *et al.*, 2020).

Esta doença também impôs pressões significativas sobre os recursos do sistema de saúde, gerando uma estagnação global no atendimento e tratamento médico de doenças graves e crônicas devido ao colapso dos sistemas de saúde. Em muitos casos, houve redução das instalações disponíveis, dos leitos hospitalares, da capacidade da sala de cirurgia, repercutindo diretamente nos pacientes afetados por outras doenças, além de

ocasionar em dificuldade com consultas médicas, principalmente eletivas (DIETZ *et al.*, 2020; FELETTO *et al.*, 2020; GASPARRI *et al.*, 2020; MOSELLA V. *et al.*, 2020; PARDO *et al.*, 2020; HAWROT *et al.*, 2021).

Por várias razões, a COVID-19 representa um desafio na oncologia, em razão da importância no tratamento do câncer em quaisquer circunstâncias, o qual modificações no tratamento, tempos de espera mais longos inferem diretamente na qualidade de vida do paciente (GASPARRI *et al.*, 2020).

Embora tradicionalmente considerados de alta prioridade, o rastreamento e o tratamento do câncer foram impelidos para a periferia dos cuidados de saúde para permitir que mais tempo e espaço sejam distribuídos aos pacientes com COVID-19. Muitos pacientes com câncer tiveram suas consultas médicas canceladas, tratamentos suspensos ou adiados (FELETTO *et al.*, 2020; MOSELLA V. *et al.*, 2020; PARDO *et al.*, 2020; BROWN, WASSON, MARCATO, 2021; HAWROT *et al.*, 2021; MAIO *et al.*, 2021).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, observacional de corte transversal, retrospectivo. A coleta de dados da pesquisa foi realizada em um hospital geral público, federal, universitário, certificado pelo Ministério da Educação (MEC), localizado em Minas Gerais. O hospital é credenciado como prestador de assistência em oncologia pela Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais. Está habilitado como UNACON e oferece assistência a pacientes adultos e pediátricos portadores de doenças onco-hematológicas, que necessitam realizar tratamento oncológico ambulatorial e hospitalar.

O universo da pesquisa foi composto por 276 pacientes do sexo feminino, com idade superior a 18 anos, que tiveram diagnóstico de câncer de mama (em qualquer estágio). Essas pacientes, advindas do fluxo assistencial ambulatorial, foram encaminhadas por meio da agenda de primeira consulta das especialidades de mastologia e oncologia clínica e realizaram o primeiro tratamento oncológico no hospital, entre janeiro de 2018 e dezembro de 2020.

As informações sociodemográficas e clínicas foram coletadas dos prontuários hospitalares das pacientes, do Sistema de Gestão Hospitalar (AGHU) e do Formulário de Autorização para Procedimentos de Alta Complexidade (APAC). As variáveis de interesse foram as descritas no Quadro 1.

Quadro 1 — Descrição das variáveis sociodemográficas, clínicas e relacionadas ao tratamento utilizadas no estudo

Grupos	Variáveis	Categorias
Sociodemográficas	Faixa etária	menores de 29 anos 30 a 39 anos 40 a 49 anos 50 a 59 anos 60 a 69 anos 70 anos ou mais
	Procedência	Município de residência Macrorregião de Saúde – conforme *PDR de Minas Gerais
	Raça/cor	Branca Não Branca
Clínicas	Estadiamento	I II III IV
	Modalidade terapêutica do primeiro tratamento	Cirurgia Quimioterapia
Relacionadas ao tratamento	Tempo entre suspeição e confirmação diagnóstica	até 30 dias 31 dias ou mais
	Tempo entre diagnóstico e início do tratamento	Até 60 dias 61 dias ou mais
	Tempo entre a primeira consulta e o início do tratamento	Até 60 dias 61 dias ou mais
	Tempo total entre suspeição e início do tratamento	até 90 dias 90 dias ou mais

* PDR (Plano Diretor de Regionalização)

Fonte: Adaptado dos autores PETERS, 2013 e SIMIÃO, 2016.

Os dados coletados foram tabulados em planilhas no programa EXCEL (versão 2013) e posteriormente analisados por meio do Pacote Estatístico para Ciências Sociais (SPSS), versão 20.0. Inicialmente, foram calculadas estatísticas descritivas para as

variáveis qualitativas em forma de tabela de frequência. A normalidade dos dados quantitativos foi testada através do teste de Shapiro Wilk. Todos os valores apresentaram distribuição não normal e em virtude disso foram apresentados de maneira descritiva utilizando mediana e quartis.

Para verificar a correlação entre variáveis quantitativas foi utilizada a correlação de Spearman. Se a correlação for positiva e significativa indica que o aumento em uma variável está associado ao aumento de outra variável. Se a correlação for negativa e significativa, indica que o aumento em uma variável está associado à redução em outra variável.

Para a verificação de associação entre as variáveis qualitativas foi realizado o Teste Qui-Quadrado de Pearson. A comparação entre os subgrupos de raça, estadiamento e período da pandemia foi realizada pelo teste de Kruskal Wallis com pós teste de Bonferroni. A comparação dos intervalos entre tratamentos foi feita através do teste de Mann Whitney. O nível de significância das análises foi de 5%.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da UFMG, sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 50287921.40000.5149

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Para realização deste estudo, foram contabilizadas 276 mulheres diagnosticadas com câncer de mama, advindas do fluxo ambulatorial e que receberam tratamento no Hospital. Foram cadastradas 129 pacientes em 2018, 59 em 2019 e 88 em 2020.

A distribuição das pacientes (valor absoluto e relativo) segundo os atributos individuais e características relacionadas ao câncer e respectivo tratamento é apresentada na Tabela 1. A maioria das pacientes, 79%, eram provenientes da macrorregião Centro, com apenas 8% vindo da macro Centro Sul, 7,6% do Jequitinhonha e o restante (5,5%) da Nordeste, Oeste, Leste e Diamantina. Dentre as pacientes provenientes da macrorregião Centro, 46,74% eram do Município de Belo Horizonte, 6,16% de Ribeirão das Neves e 5,80% de Contagem (resultados não mostrados). A raça/cor predominante é a parda, respondendo por 67% dos casos. O estadiamento de maior proporção foi o III, com 40,6% dos casos, seguido do nível II, com 34,4%. O estadiamento nível I (tumor de extensão mínima e ausência de metástase) responde por apenas 17,8% dos casos. Esse resultado sugere que as mulheres são encaminhadas para o hospital em estágios mais avançados, ou seja, existem limitações no diagnóstico precoce. Esse resultado destoa das evidências existentes para as regiões Sul e Sudeste no período de 2000 a 2015. De acordo com relatório do INCA, a maior parte das mulheres residentes nessas duas regiões, 66,6% e 65,1% respectivamente, chegaram ao hospital com a doença em estágio inicial (estádios 0, I e II) (BRASIL, 2019).

A composição segundo o tratamento indicado mostra uma participação um pouco mais elevada do procedimento cirúrgico relativamente à quimioterapia, respondendo por 58% dos casos. Considerando que a cirurgia é indicada para pacientes em estadiamento inicial do câncer e a quimioterapia para estadiamentos avançados, o resultado assemelha-se a outros encontrados na literatura brasileira (OLIVEIRA *et al.*, 2016). Em uma pesquisa realizada com 204.130 mulheres brasileiras, 58,8% realizaram cirurgia como primeiro tratamento (MEDEIROS *et al.*, 2020).

Tabela 1 — Variáveis sociodemográficas e de saúde (n = 276)

Macrorregião de saúde	n	%
Centro	218	79,0
Centro Sul	22	8,0
Jequitinhonha	21	7,6
Nordeste	9	3,3
Oeste	3	1,1
Leste	2	0,7
Diamantina	1	0,4
Raça		
Parda	185	67,0
Branca	50	18,1
Preta	36	13,0
Amarela	5	1,8
Estadiamento		
I	49	17,8
II	95	34,4
III	112	40,6
IV	20	7,2
Tratamento indicado		
Cirurgia	160	58,0
Quimioterapia	116	42,0

Fonte: elaborado pela autora, 2022

A idade das pacientes no momento do diagnóstico variou de 24 a 96 anos, com uma mediana de 58 anos. Cerca de 25% das mulheres foram diagnosticadas antes dos 46 anos (1º quartil) e 25% após os 66 anos (3º quartil) (Tabela 2). Relativamente à população feminina geral no Brasil, as pacientes analisadas apresentam uma estrutura mais envelhecida. Na população geral, de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a maior porcentagem (63,4%) das mulheres encontra-se na faixa etária de 0 a 49 anos, enquanto na população estudada, 68,5% possuem acima de 50 anos, conforme mostrado na tabela 3.

Tabela 2 — Descritiva das variáveis quantitativas

	Q1	Mediana	Q3
Idade no diagnóstico (anos)	46	58	66
Intervalo 1 (dias)	37	52	86
Intervalo 2 (dias)	50	83	125
Intervalo 3 (dias)	34	63	99
Intervalo 4 (dias)	109	156	210

Fonte: elaborado pela autora, 2022

Intervalo 1 (tempo entre suspeição e confirmação diagnóstica); **Intervalo 2** (tempo entre diagnóstico e início do tratamento); **Intervalo 3** (tempo entre a primeira consulta na UNACON e início do tratamento); **Intervalo 4** (tempo total entre suspeição e início do tratamento).

Tabela 3 — Comparação de distribuição etária da pesquisa e Brasil

	Pesquisa	%	Brasil	%
18 a 29 anos	3	1,1	8.643.418	15,0
30 a 39 anos	31	11,2	15.148.771	26,2
40 a 49 anos	53	19,2	12.830.135	22,2
50 a 59 anos	66	23,9	9.679.282	16,8
60 a 69 anos	67	24,3	6.084.830	10,5
70 anos e mais	56	20,3	5.349.657	9,3
Total	276	100	57.736.093	100

Fonte: elaborado pela autora com dados do Brasil extraídos do SIDRA/IBGE, 2022

A população estudada apresenta características comumente observadas entre pacientes que são atendidos pelo Sistema Único de Saúde, como por exemplo maioria de cor parda e baixa escolaridade. Como o hospital em estudo é referência da macro Centro de Minas Gerais, a maior parte das pacientes são provenientes de municípios dessa macrorregião. A idade mediana das mulheres foi de 58 anos, apresentando um perfil mais envelhecido do que a população feminina geral brasileira. Resultados semelhantes são encontrados em outros estudos nacionais, nos quais a idade média das pacientes está em torno de 55 anos (SOUZA, 2019; MEDEIROS, 2015; ROCHA, 2020). Os resultados relacionados à idade das pacientes confirmam que o câncer de mama é mais frequente em mulheres acima dos 50 anos de idade, reforçando que os programas de prevenção devem priorizar as faixas etárias de risco (ROCHA, 2020).

Considerando o percurso das pacientes na rede de saúde, os intervalos estão acima do preconizado pela legislação e dos resultados encontrados na literatura (MEDEIROS *et al.*, 2019). O tempo mediano do percurso total da paciente (intervalo 4) foi de 156 dias, com 88% das mulheres esperando mais de 90 dias para receber o tratamento depois da suspeição. O principal gargalo parece ocorrer no intervalo entre a confirmação diagnóstica e início do tratamento (intervalo 2), cuja mediana foi de 83 dias (IIQ: 50 –

125). Para 66,7% das pacientes, esse tempo foi superior a 60 dias. Ou seja, o prazo preconizado pela Lei 12.732 entre diagnóstico e início de tratamento foi cumprido apenas para 33,3% das pacientes. O número de dias é menor quando se considera o intervalo de tempo entre a suspeição e confirmação diagnóstica (intervalo 1), cuja mediana foi de 52 dias. Para o Brasil, as evidências existentes apontam valores mais elevados do que os encontrados neste estudo, com o tempo mediano superando 100 dias (SOUZA *et al.*, 2019; DEMITTO *et al.*, 2017). Estudo realizado para o Pernambuco reforçou que a crescente mortalidade por câncer de mama no Brasil relaciona-se com a demora na investigação de lesões suspeitas e consequente início tardio do tratamento (PAIVA *et al.*, 2015). Estudos que avaliam o atraso a partir dos primeiros sintomas relatam quase sempre uma mediana alta, muitas vezes de 7 a 9 meses (BARROS *et al.*, 2013).

A determinação do tempo entre os primeiros sintomas e o diagnóstico é passível de equívocos de interpretação. Geralmente, as pacientes não se lembram com exatidão do início dos sintomas além de confundirem com sinais de outras doenças. Uma revisão de literatura mostrou que diversos motivos influenciam na demora para realização do diagnóstico, como por exemplo, tempo de procura por auxílio profissional, desconhecimento em relação aos sintomas da doença, dificuldade de acesso aos serviços de saúde, problemas no encaminhamento da paciente para o serviço adequado, entre outros (LEITE *et al.*, 2021). É importante ressaltar que no presente estudo, como suspeição, considerou-se os resultados de exames de ultrassom ou mamografia ou da solicitação por consulta médica em atenção especializada, tendo em vista a ausência ou dificuldade de coleta de outras informações. Provavelmente por isso o intervalo 1 mostrou-se com tempo menor do que os normalmente encontrados na literatura e consequentemente no trajeto total da paciente.

Referente ao tempo entre diagnóstico e tratamento, os resultados encontrados neste estudo se assemelham a maior parte das evidências já documentadas para o Brasil. Para Belo Horizonte, um estudo realizado em 10 unidades oncológicas entre 2010 e 2013 mostrou um intervalo de tempo entre o diagnóstico e o início de tratamento inferior a 60 dias para 54,3% das 715 mulheres investigadas. Os tempos médio e mediano foram 67,8 e 55 dias respectivamente (CABRAL *et al.*, 2019). Outro estudo realizado com dados secundários provenientes do Sistema de Registros Hospitalares De Câncer (SisRHC) de 336 unidades hospitalares do Brasil mostrou que do total de 202.199 mulheres diagnosticadas e tratadas no período de 2000 a 2017, 52,7% apresenta o intervalo de tempo entre diagnóstico e tratamento superior a 60 dias, sendo o tempo mediano de 63 dias (MEDEIROS *et al.*, 2020). Um estudo transversal realizado no Paraná com 82 mulheres tratadas evidenciou um tempo médio para diagnóstico (intervalo entre suspeição à confirmação diagnóstica) de $102,5 \pm 165,5$ dias e para tratamento (intervalo entre diagnóstico ao tratamento) de $72,3 \pm 54,0$ dias. Para 63,4% (52) das participantes, o tratamento teve início tardio (GRAVENA *et al.*, 2017).

Intervalo de tempo menor foi encontrado por Bergmann *et al.* (2015). Os autores realizaram uma análise com base em uma amostra de 137.593 mulheres com câncer de mama tratadas entre 2000 e 2011 em 239 unidades hospitalares no Brasil. De acordo com os resultados encontrados, o tempo mediano entre o diagnóstico e o início do tratamento foi de 43 dias, sendo esse valor menor no Sul (39 dias) e Centro-Oeste (30 dias) e maior no Norte (49 dias). Em 37% dos casos, o início do tratamento ocorreu em um intervalo de tempo maior que 60 dias. Resultado similar foi encontrado por Constâncio *et al.* (2020) para o Distrito Federal. Utilizando informações do Registro Hospitalar de Câncer de um Centro de Assistência em Alta Complexidade entre 1999 e 2010, os autores encontraram 35,5% das pacientes receberam tratamento em um tempo maior que 60 dias após o diagnóstico (CONSTÂNCIO *et al.*, 2020).

O intervalo 3, que engloba o período entre a primeira consulta na UNACON em estudo e o início do tratamento, apresentou tempo mediano de 63 dias (Tabela 2). Em relação ao intervalo 2, acrescenta-se que as pacientes geralmente realizam o exame diagnóstico (biópsia) em algum serviço da atenção especializada, sendo redirecionada à UNACON após a confirmação diagnóstica, cenário que explica o intervalo 2 ser maior que o intervalo 3, conforme evidenciado na tabela 2.

O intervalo 4 (tempo total) da paciente está acima do ideal, mas menor do que aos encontrados na literatura de estudos brasileiros. Tal resultado pode estar relacionado com o fato de que neste estudo não foi considerado o tempo desde a percepção dos sinais e sintomas (palpar nódulo; percepção da pele da mama avermelhada, alteração no bico dos seios, pequenos nódulos nas axilas ou pescoço, saída espontânea de líquido anormal pelo mamilo) por parte das pacientes.

A análise de correlação univariada mostrou uma associação entre as medidas de intervalo de tempo com as características relacionadas ao estadiamento do câncer e tipo de tratamento indicado. Pacientes com câncer de mama em estádios iniciais (I e II) tiveram os tempos entre diagnóstico e início do tratamento (intervalo 2) e entre a primeira consulta na UNACON e início do tratamento (intervalo 3) maiores que as pacientes em estádios tardios (III e IV). Ou seja, pacientes em estádios mais avançados são encaminhadas pela rede e tratadas pela UNACON mais rapidamente que as mulheres em estádios iniciais. Não houve diferença entre suspeição e confirmação diagnóstica (intervalo 1) e no percurso total da paciente (intervalo 4) quando comparados os 4 estadiamentos ($p > 0,05$).

Em relação ao tipo de terapia indicada, os intervalos de tempo 2, 3 e 4 foram maiores para as pacientes com indicação de cirurgia. O tempo mediano do intervalo 2 (entre diagnóstico e início do tratamento) para cirurgia foi de 101 dias enquanto para quimioterapia foi de 63 dias. No caso do intervalo 3 (entre a primeira consulta na UNACON e início do tratamento), a mediana foi de 84 dias para pacientes com indicação cirúrgica, um tempo de espera duas vezes superior ao observado para as que receberam quimioterapia (41 dias). Para o tempo total de espera (entre suspeição e início do tratamento – intervalo 4), o tempo mediano foi de 171 dias para cirurgia e 127 dias para quimioterapia. Por fim, não evidenciou diferença para o intervalo 1 (entre suspeição e diagnóstico).

Quanto às variáveis sociodemográficas, como idade e raça/cor, de uma forma geral, elas não apresentaram associação significativa com os intervalos de tempo (Tabelas 4 e 5). Apenas no caso da idade, verificou-se uma relação com o intervalo 2. Os resultados mostram que quanto maior a idade, maior o tempo entre confirmação diagnóstica e início do tratamento, indicando que pacientes mais idosas levam mais tempo para iniciar o tratamento (Tabela 4).

Ressalta-se que em outros estudos nacionais, nas diversas regiões do país, mulheres não brancas, sem companheiro, com menos tempo de estudo, oriundas do Sistema Único de Saúde apresentaram maior chance de atraso para o tratamento após o diagnóstico, (BERGMANN et al., 2015).

Tabela 2 — Correlação entre idade e intervalos

	Intervalo 1	Intervalo 2	Intervalo 3	Intervalo 4
Rho	-0,098	0,161	0,091	0,075
valor p	0,106	0,007	0,132	0,217

**Correlação de Spearman significativa ao nível de 1%

Fonte: elaborado pela autora, 2022

Tabela 3 — Comparação dos intervalos por raça/cor, estadiamento e tratamento indicado

Raça/Cor	Intervalo 1	Intervalo 2	Intervalo 3	Intervalo 4
Amarela	75 (50 - 237)	99 (65 - 118)	68 (39 - 80)	160 (122 - 355)
Branca	51 (37 - 92)	91 (71 - 130)	89 (37 - 126)	161 (131 - 199)
Parda	55 (37 - 88)	77 (50 - 123)	53 (29 - 97)	154 (105 - 215)
Preta	50 (33 - 73)	84 (42 - 136)	64 (36 - 88)	148 (110 - 202)
valor p*	0,518	0,401	0,204	0,661
<i>Estadiamento</i>				
I	49 (36 - 80)	102 (69,5 - 139)a	83 (50 - 121,5)a	169 (116 - 212,5)
II	55 (37 - 86)	87 (61 - 130)a	72 (39 - 103)a	161 (116 - 204)
III	55 (36 - 99,5)	72 (41,3 - 109,8)b	50 (25,3 - 96,8)b	144,5 (102,3 - 213,8)
IV	49,5 (40,5 - 73)	56,5 (37,8 - 94)b	41 (15,5 - 79,5)b	123 (93,5 - 163,5)
valor p*	0,907	0,007	0,004	0,117
<i>Tipo de tratamento</i>				
Cirurgia	55 (37 - 79)	101 (64 - 141)	84 (48 - 115)	171 (123 - 221)
Quimioterapia	50 (37 - 91)	63 (39 - 97)	41 (18 - 70)	127 (97 - 186)
valor p*	0,937	0	0	0

*Teste de Mann Whitney; Letras diferentes, grupos estatisticamente diferentes.

Fonte: elaborado pela autora

De acordo com os resultados encontrados, os intervalos de tempo variam segundo o estadiamento do câncer e tipo de terapia indicada. Uma pesquisa realizada no Nordeste mostrou resultado semelhante: pacientes diagnosticados nos estágios I e II tiveram uma chance de 24% maior em relação àquelas nos estágios III e IV para iniciar o tratamento acima do tempo normatizado pela legislação (CARVALHO *et al.*, 2019). Em relação ao tipo de terapia indicada para primeiro tratamento, os intervalos de tempo foram maiores para as pacientes com indicação de cirurgia, possivelmente devido ao protocolo pré-operatório que envolve realizar exames complementares, risco cirúrgico e anestésico, bem como disponibilidade dos recursos necessários (ex: vaga no centro cirúrgico). Ou seja, as pacientes com indicação de quimioterapia são tratadas em menor tempo. É

importante salientar que a cirurgia conservadora associada à pesquisa de linfonodo sentinela, é o tratamento padrão para pacientes em estádios precoces. A quimioterapia neoadjuvante é considerada para as pacientes com tumores maiores, com o objetivo de reduzir o volume tumoral (VIEIRA, 2012).

Outros estudos realizados no Brasil mostraram que pacientes em estádios iniciais são mais suscetíveis a atrasos nos intervalos de tempo. Observou-se também que mulheres das regiões Nordeste e Sul que tinham doença avançada ao diagnóstico iniciaram o tratamento mais precocemente, assim como na análise do Brasil. Sugere-se que, o tratamento das mulheres com estadiamento avançado ao diagnóstico seja iniciado precocemente em razão do agravamento da doença e do impacto negativo no prognóstico e pior sobrevida (MEDEIROS *et al.*, 2015; SOUZA *et al.*, 2019).

Nesta pesquisa evidenciou-se que não existiu diferença nos intervalos de tempo, bem como na proporção de estadiamento e tipo de tratamento considerando diferentes intervalos de tempo entre 2018 e 2020, conforme mostrado nas tabelas 6 e 7 abaixo. Considerou-se período normal (ano 2018), pré-pandemia (ano 2019) e durante pandemia (2020). Para o hospital em estudo, a pandemia de covid-19 não influenciou no percurso da paciente com câncer de mama. Entretanto, observou-se uma redução de 31,7% no número de pacientes encaminhadas pela rede de saúde em 2020 em comparação ao ano de 2018, o que pode estar relacionado com o fato das ações de rastreamento e diagnóstico do câncer de mama no SUS serem suspensas no início da pandemia de covid-19, bem como o absenteísmo dos pacientes devido ao lockdown da pandemia.

Tabela 4 — Comparação dos intervalos nos períodos normal, pré e durante pandemia

	Período normal (n = 129)	Período pré pandemia (n = 59)	Durante a Pandemia (n = 88)	valor p*
Intervalo 1	52 (36 – 99,5)	58 (40 -75)	50,5 (37,3 – 76,8)	0,783
Intervalo 2	88 (52,5 - 131)	72 (44 – 107)	82 (53 – 117,5)	0,179
Intervalo 3	71 (37 – 116,5)	50 (29 – 84)	57,5 (30,5 – 95,3)	0,069
Intervalo 4	170 (115 – 232,5)	138 (106 – 188)	152 (104,3 – 202,3)	0,108

*Teste de Kruskal Wallis com pós teste de Bonferroni. Intervalo 1 (tempo entre suspeição e confirmação diagnóstica); Intervalo 2 (tempo entre confirmação diagnóstica e início do primeiro tratamento); Intervalo 3 (tempo entre a primeira consulta na UNACON e início do primeiro tratamento); Intervalo 4 (tempo entre suspeição e início do primeiro tratamento)

Fonte: elaborado pela autora, 2022

Tabela 5 — Distribuição de estadiamento e tratamento por ano

<i>Estadiamento</i>	2018	2019	2020
I	17,80%	16,90%	18,20%
II	34,90%	37,30%	31,80%
III	41,90%	37,30%	40,90%
IV	5,40%	8,50%	9,10%

<i>Tratamento</i>	2018	2019	2020
Cirurgia	62,00%	62,70%	48,90%
Quimioterapia	38,00%	37,30%	51,10%

*Teste de Qui Quadrado com $p = 0,946$

*Teste de Qui Quadrado com $p = 0,110$

Fonte: elaborado pela autora, 2022

Em relação ao contexto da COVID-19, não se observou alterações nos intervalos de tempo devido à pandemia tampouco na composição dos casos segundo estadiamento da doença. Ao longo do período de análise, que compreende os dois anos que antecedem a crise sanitária (2018 e 2019) e o ano de início da pandemia (2020), houve uma redução no número de pacientes encaminhadas pela rede de saúde. No entanto, essa redução já é observada em 2019 relativamente à 2018. A falta de evidência do impacto da pandemia no atendimento de pacientes com câncer no hospital analisado provavelmente reflete o seu papel durante a pandemia. Inicialmente, esse hospital não recebeu muitos pacientes com COVID-19 por não ter sido definido como referência para atendimento desses casos no município, bem como observou-se redução no número de pacientes considerando as orientações do Ministério da Saúde quanto à necessidade do isolamento social.

Esses resultados contrastam aos encontrados em outros estudos, nacionais e internacionais. Um estudo descritivo que utilizou dados secundários sobre a realização de procedimentos de rastreamento, investigação diagnóstica e tratamento de câncer, no Brasil Suas macrorregiões, nos anos de 2019 e 2020, mostrou redução de 42,6% de mamografias, 35,3% de biópsias e 26,7% exames anatomopatológico. Quanto ao tratamento, observou-se diminuição das cirurgias oncológicas em 15,7% e aumento de quimioterapia em 3,2%. Os intervalos de tempo entre a realização e a liberação dos laudos dos exames de rastreamento e investigação diagnóstica do câncer de mama não sofreram variação expressiva (MIGOWSKI *et al.*, 2020). No início da pandemia da COVID-19, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) recomendou o adiamento de consultas e exames de rastreamento do câncer de mama, devendo ser realizados quando diminuíssem as restrições de isolamento (BRASIL, 2020). Em seguida, considerando a capacidade de resposta da rede de atenção à saúde frente à pandemia, foi indicada a retomada do rastreamento, reforçando a priorização da confirmação diagnóstica e do tratamento (MIGOWSKI; CORRÊA, 2020). Durante a pandemia, foram publicadas orientações sobre o manejo de casos oncológicos considerando o contexto epidemiológico e a utilização de estratégias para redução de circulação dos indivíduos afetados, como uso de

telemedicina e interrupção ou adiamento do tratamento, considerando-se riscos e benefícios para cada indivíduo (ASCO, 2020).

CONCLUSÃO

O câncer de mama é a neoplasia mais frequente nas mulheres no mundo e a principal causa de morte entre as mulheres brasileiras, o que sugere a necessidade de reestruturação e aprimoramento dos serviços da assistência oncológica e integração dos serviços para o controle da doença. Em relação à assistência oncológica no SUS, as ações de rastreamento para o diagnóstico precoce são atribuições dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), enquanto a investigação para a efetivação do diagnóstico e o tratamento integram o conjunto de ações dos serviços especializados da atenção secundária e terciária, respectivamente.

Apesar do SUS oferecer diversas ações para controle da neoplasia, observa-se que o prazo estabelecido pela legislação (Lei dos 60 dias) para acesso ao tratamento após confirmação diagnóstica não está sendo totalmente cumprido. Neste estudo verificou-se que 66,7% das pacientes realizaram o primeiro tratamento após 60 dias. A maior ocorrência de início de tratamento em tempo oportuno se deu entre as pacientes mais jovens, com estadiamento tardio (III e IV) e com indicação de quimioterapia. De acordo com a literatura estudada, o acesso ao tratamento em tempo superior ao estabelecido diminui consideravelmente as chances de cura e sobrevida da pessoa doente. O não cumprimento da legislação configura omissão e pode resultar em ação de responsabilização dos gestores públicos, considerando os danos causados à saúde. Medidas mais efetivas devem ser discutidas e implementadas com a finalidade de garantir o acesso ágil das pacientes ao tratamento do câncer de mama.

REFERÊNCIAS

ALLEMANI, C. *et al.* Global surveillance of trends in cancer survival 2000–14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries. **Lancet**, v. 391, n. 10125, p 1023-1075, 2018

ALMEIDA, P.F. *et al.* Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 2, p. 286-298, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000200008>>. Epub 05 Abr 2010. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000200008>.

ANDRADE, M.V. *et al.* Os primeiros 80 dias da pandemia da COVID-19 em Belo Horizonte: da contenção à flexibilização. **Nova Economia**. v. 30, n.2, p. 701-737. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-6351/6302>>. Epub 18 Set 2020. ISSN 1980-5381. <https://doi.org/10.1590/0103-6351/6302>.

ARAÚJO, S. *et al.* Impacto da COVID-19 sobre o atendimento de pacientes oncológicos: experiência de um centro oncológico localizado em um epicentro Latino-Americano da pandemia. **Einstein (São Paulo)**, v. 19, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/VFchpPrYBTJBmDgrbPpFFtk/?lang=pt#:~:text=As%20evid%C3%AAs%20sobre%20o%20aumento,em%20um%20epicentro%20da%2>

Opandemia. Acesso em 25/04/2021.

BARROS, A.F; UEMURA, G; MACEDO, J.L.S. Tempo para acesso ao tratamento do câncer de mama no Distrito Federal, Brasil Central. **Rev Bras Ginecol Obstet.** 2013;35(10):458- 463.

BRAY, F.; FERLAY, J.; Soerjomataram, I.; SIEGEL, R. L.; TORRE, L. A.; JEMAL, A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. **CA Cancer J Clin**, v.68, n. 6, p. 394-424. 2018. doi: 10.3322/caac.21492. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30207593/>. Acesso em 25 jun. 2020.

BRITO, C.; PORTELA, M.C.; VASCONCELLOS, M.T.L.; Public care for breast cancer women in the state of Rio de Janeiro, Brazil. **Rev. Saude Publica.** v. 39, n. 6, p. 874–81. 2005. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003489102005000600002&script=sci_abstract. Acesso em: 04 mai. 2020

CABRAL, Ana Lucia Lobo Vianna. **Mulheres com câncer de mama em Belo Horizonte: perfil, trajetória e narrativas sobre o cuidado.** Minas Gerais. 2017. 159 p. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUOS-B5DJJU/1/tese_ana_lucia_lobo_vianna_cabral.pdf. Acesso em: 09 set. 2020

CAMARGO, J.D.A.S. *et al.* Mortality due to breast cancer in a region of high socioeconomic vulnerability in Brazil: Analysis of the effect of age-period and cohort. **PLOS ONE.** v.16, n.8, pp. e-0255935, 2021. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0255935-28>

CARVALHO, J. B.; PAES, N. A. Desigualdades socioeconômicas na mortalidade por câncer de mama em microrregiões do Nordeste brasileiro. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 19, n. 2, p. 391-400, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292019000200391&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 03 nov. 2020.

CARVALHO, P.G.; O'DWER, G.; RODRIGUES, N.C.P. Trajetórias assistenciais de mulheres entre diagnóstico e início de tratamento do câncer de colo uterino. **Saúde em Debate.** v. 42, n. 118, p. 687-701, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201811812>>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811812>.

COATES, A. S. *et al.* Tailoring therapies – improving the management of early breast cancer: St. Gallen International Expert Consensus on the Primary Therapy of Early Breast Cancer. **Annals of Oncology**, v. 26, n. 8, p. 1533-1546, 2015.

CORRÊA C.S.L, PEREIRA LC, LEITE ICG, FAYER VA, GUERRA MR, *et al.* Rastreamento do câncer de mama em Minas Gerais: avaliação a partir de dados dos sistemas de informações do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol Serv Saude.** 2017; 26(3):481-92. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742017000300006>.

DE PAIVA, C. J. K.; CESSE, E. Â. P. Aspectos relacionados ao atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em uma unidade hospitalar de Pernambuco. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 61, n. 1, p. 23-30, 2015. Disponível em <https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/374/244>. Acesso em: 06 jan. 2021.

DESANTIS, C.; JIEMIN, M.; BRYAN, L.; JEMAL, A. Breast cancer statistics, 2013. **CA: a cancer journal for clinicians**, v. 64, n.1, p. 52-62. 2014. Disponível em: <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.3322/caac.21203> Acesso em: 30 ago. 2020

DIETZ, J.R. *et al.* Recommendations for prioritization, treatment, and triage of breast cancer patients during the COVID-19 pandemic. the COVID-19 pandemic breast cancer consortium. **Breast cancer research and treatment**. v. 181, n.3, p. 487-497, 2020. DOI:10.1007/s10549-020-05644-z. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7181102/>

DOS SANTOS, T. B. *et al.* Prevalência e fatores associados ao diagnóstico de câncer de mama em estágio avançado. **Ciencia & Saude Coletiva**. 2020. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/prevalencia-e-fatores-associados-ao-diagnostico-de-cancer-de-mama-em-estagio-avancado/17863?id=17863&id=17863>

FELETTO, E. *et al.* How has COVID-19 impacted câncer screening? Adaptation of services and the future outlook in Australia. **Public Health Res Pract**. v.30, n.4, p.e3042026. 2020. DOI: <https://doi.org/10.17061/phrp3042026>. Disponível em: <https://www.phrp.com.au/issues/december-2020-volume-30-issue-4/covid-19-impacts-on-cancer-screening/>

FERLAY, J. *et al.* Estimating the global cancer incidence and mortality in 2018: GLOBOCAN sources and methods. **International journal of cancer**, v. 144, n. 8, p. 1941-1953, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30350310/>. Acesso em: 06 jan. 2021.

GLOBOCAN 2008 v2.0. Cancer Incidence and Mortality Worldwide. Lyon, France: **IARC Cancer Base**, 2010.

GUERRA, M. R. *et al.* Sobrevida por câncer de mama e iniquidade em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, p. 1673-1684, 2015.

GUERRA, Maximiliano Ribeiro *et al.* Sobrevida por câncer de mama e iniquidade em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, p. 1673-1684, 2015.

HAWROT, K. *et al.* Time to Treatment Initiation for Breast Cancer During the 2020 COVID-19 Pandemic. **JCO Oncology Practice**. v.17, n.9, p.534-540, 2021. Disponível em: <https://ascopubs.org/doi/10.1200/OP.20.00807> Acesso em 20 nov. 2021.

KOCK, K.S.; RIGHETTO, A.; MACHADO, M.O. Vulnerabilidade social feminina e

mortalidade por neoplasias da mama e colo do útero no Brasil; **Revista Saúde & Ciência Online**. v.9, n.2, p 64-77. 2020. ISSN 2317-8469. Disponível em: <https://rsc.revistas.ufcg.edu.br/index.php/rsc/article/view/427>

LÔBO, J. L. S. *et al.* Mortalidade por Câncer de Mama Feminino em Alagoas no Período de 2001 a 2016: Análise de Tendência e Distribuição Espacial. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 66, n. 1, p. e-09656, 31 mar. 2020. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/656>

MAIO, F. *et al.* Breast Cancer Screening during COVID-19 Emergency: Pacientes and Department Management in a Local Experience. **Journal of personalized medicine**. v.11, n.5, p.380. 2021.

MANCINI, D.V.G. **Fluxo da assistência oncológica em Minas Gerais a partir das informações sobre os óbitos por câncer de mama em mulheres**. Dissertação (mestrado acadêmico). Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Brasileira. 2015.

MATOS, B. E. S. *et al.* Caracterização de mulheres hospitalizadas por neoplasia maligna da mama na Bahia, Brasil, 2012-2016. **Revista Enfermagem Contemporânea**. v. 9, n. 1, p. 50–57, 2020

MATOS, S.E.M.; RABELO, M.R.G.; PEIXOTO, M.C. Análise epidemiológica do câncer de mama no Brasil: 2015 a 2020. **Brazilian Journal of Health Review**. v.4, n.3, p. 13320-13330. 2021. ISSN: 2595-6825. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/31447>

MCLAUGHLIN JM, ANDERSON RT, FERKETICH AK, *et al.* Effect on survival of longer intervals between confirmed diagnosis and treatment initiation among low-income women with breast cancer. **J Clin Oncol** 2012; 30:4493-500

MEDEIROS, G. C.; BERGMANN, A.; AGUIAR, S. S., *et al.* Análise dos determinantes que influenciam o tempo para o início do tratamento de mulheres com câncer de mama no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. 2015, vol.31, n.6, pp.1269-1282.

MEDEIROS, G. C., *et al.* Análise dos determinantes que influenciam o tempo para o início do tratamento de mulheres com câncer de mama no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, p. 1269-1282, 2015

MIGOWSKI, A; CORRÊA, F.M. Recommendations for cancer early detection during covid-19 pandemic in 2021. **Revista de APS**. 2020;23(1):241-6.

MOSELLA V., F. *et al.* Manejo del cáncer de mama en tiempos de pandemia COVID-19: experiencia local. **Revista chilena de obstetricia y ginecología**. v. 85, n.1, p. S16-S22. 2020.

NORONHA, K.V.M.S. *et al.* Pandemia por COVID-19 no Brasil: análise da demanda e

da oferta de leitos hospitalares e equipamentos de ventilação assistida segundo diferentes cenários. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 36, n. 6, p.e00115320. 2020.

OLIVEIRA, T. N.; SENNA, M. C. M. Mulheres com câncer de mama: estratégias de acesso aos serviços de saúde e mecanismos de proteção social.

OSORIO, A. P., DA SILVA FLÔR, J., SARAIVA, T. K. G., MAESTRI, R. N., ROHSIG, V., CALEFFI, M. Navegação de enfermagem na atenção ao câncer de mama durante a pandemia: relato de experiência/Nursing navigation in breast cancer care during the pandemic: an experience report. **Journal of Nursing and Health**, v. 10, n. 4, 2020

PAIVA, C.; CESSE, E. Aspectos relacionados ao atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em uma Unidade Hospitalar de Pernambuco. **Rev. Bras. Cancerol**. 2015; 61(1):23-30.

PARDO, R. *et al.* Diagnosis and locoregional treatment of patients with breast cancer during the COVID-19 pandemic. **Revista de Senología y Patología Mamaria - Journal of Breast Science**. v.33, n.2, p.61-67, 2020. Disponível em: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-senologia-patologia-mamaria-131-articulo-diagnosis-locoregional-treatment-patients-with-S0214158220300451>

SALDANHA, R.F. *et al.* Estudo de análise de rede do fluxo de pacientes de câncer de mama no Brasil entre 2014 e 2016. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 35, n. 7 p.e00090918. 2019.

SCHLEMMER, J.B.; CASTILHOS, L.G.; LIMA, S. B. S. Políticas públicas e a atuação dos gestores frente ao câncer de mama e do colo uterino. **Revista Saúde (Santa Maria)**. supl. p. 53-62. 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasauade/article/download/15073/pdf>.

SHIN DW, Cho J, KIM SY, GUALLAR E, Hwang SS, Cho B, *et al.* Delay to curative surgery greater than 12 weeks is associated with increased mortality in patients with colorectal and breast cancer but not lung or thyroid cancer. **Ann Surg Oncol** 20:2468-76, 2013.

SILVA, G. A.; JARDIM, B.C.; LOTUFO, P. A. Mortalidade por COVID-19 padronizada por idade nas capitais das diferentes regiões do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 37, n. 6, e00039221. 2021.

SILVA, M.S. *et al.* Repercussão na qualidade de vida de mulheres com câncer durante a pandemia de COVID-19. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**. v. 10, n. 12, p. e180101220303, 2021.

SILVA, M.S. *et al.* Repercussão na qualidade de vida de mulheres com câncer durante a pandemia de COVID-19. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**. v. 10, n. 12, pág. e180101220303, 2021.

SOUZA, C. B. *et al.* Estudo do tempo entre o diagnóstico e início do tratamento do câncer de mama em idosas de um hospital de referência em São Paulo,

SOUZA, J. B. *et al.* Itinerários terapêuticos das mulheres com câncer de mama: percepções dos enfermeiros da atenção primária em saúde. **Rev. pesq.: cuid. fundam. online.** v.13, p.1186-1192. 2021.

SUNG, H. *et al.* Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. **CA: A**

TORRE, L.A.; BRAY, F.; SIEGEL, R.L.; FERLAY, J.; LORTET-TIEULENT, J, JEMAL, A. Global cancer statistics, 2012. **CA Cancer J Clin**, V. 65, n. 2, v. 87-108. 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25651787/>. Acesso em: 07 nov. 2020.

ASPECTOS FACILITADORES E DIFICULTADORES DO TRABALHO DE EQUIPES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM ÁREAS DE VULNERABILIDADE ELEVADA

Helena de Mesquita Souza Lara. Mestre em Enfermagem. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

Doane Martins da Silva. Doutora em Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais.
Marília Alves. Doutora em Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais.

RESUMO

Objetivou-se analisar aspectos que facilitam e dificultam o trabalho de equipes da Atenção Primária à Saúde em áreas de vulnerabilidade elevada. Estudo de caso único, de abordagem qualitativa, realizado em três Centros de Saúde da Regional Norte, do município de Belo Horizonte, Minas Gerais. Participaram 24 profissionais das equipes de Saúde da Família, entre médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, e 3 informantes-chave, sendo 2 gerentes de unidade e 1 assistente social. Dados coletados por meio de entrevista com roteiro semiestruturado e observação direta, no período de setembro a dezembro de 2019, submetidos à técnica de Análise de Conteúdo Temática. O acesso aos serviços de saúde, o vínculo entre profissionais e usuários e o trabalho em equipe foram revelados como aspectos facilitadores. A demora para o agendamento das consultas especializadas, o dimensionamento insuficiente de trabalhadores, a falta de materiais e a localização geográfica das unidades foram destacados como dificultadores do trabalho. As especificidades dos usuários em seus territórios precisam ser consideradas no planejamento de ações intersetoriais.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde; Vulnerabilidade Social; Equipe de Saúde.

INTRODUÇÃO

O trabalho dos profissionais de saúde que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS) é dinâmico, variado e imprevisível. A escassez de serviços nos territórios de maior vulnerabilidade exige dos profissionais, que atuam nesses cenários, ações além daquelas preconizadas em protocolos e que visem atender às demandas e necessidades apresentadas pelos usuários, não só as de saúde. A equipe de Saúde da Família (eSF) se insere nesse contexto, prestando cuidado a indivíduos e comunidades e articulando ações com os demais serviços no território.

A APS atua na lógica da oferta de ações individuais e coletivas que são executadas por equipes multiprofissionais para uma população definida a partir da lógica do território (BRASIL, 2017). Entende-se como território o espaço geograficamente delimitado sobre o qual as equipes atuam a fim de produzir saúde por meio de ações de vigilância, promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde (JUSTO et al., 2017; BRASIL, 2017). A partir do conhecimento do território, é possível planejar ações que estejam em consonância com as necessidades da comunidade considerando, a oferta do espaço.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) tem na Saúde da Família a estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. O objetivo dessa política é oferecer assistência pautada nas necessidades da população, identificação favorecida quando há uma relação de vínculo estabelecida entre comunidade e equipe (BRASIL, 2017; KESSLER et al., 2018; MATUMOTO et al., 2011).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) segue os princípios e diretrizes do SUS e da Rede de Atenção à Saúde (RAS) como garantia de acesso, longitudinalidade, territorialização, integralidade e coordenação do cuidado. Tem como objetivo reorganizar a assistência prestada no nível primário, além de ampliar e qualificar as ações desenvolvidas nesses

espaços, uma vez que a APS é considerada a porta de entrada na rede de saúde (KESSLER et al., 2018; BRASIL, 2017).

As atividades desenvolvidas e a organização dos serviços onde as eSF atuam devem ser estabelecidas a fim de garantir o acesso, vínculo e continuidade do cuidado. Para que o trabalho seja desenvolvido nesses locais, é preciso que as equipes conheçam seu território de atuação a fim de identificar as características e especificidades inerentes a ele (BELO HORIZONTE, 2016; BRASIL, 2017; EGRY, 2018).

A territorialização é uma das diretrizes do SUS e da RAS e, a partir dela, é possível planejar e propor ações na rede intra e intersetorial, em um território específico, considerando sua diversidade (SANTOS; RIGOTTO, 2011). Na lógica da territorialização, a PNAB estabelece que as eSF devem se responsabilizar por uma população entre 2.000 e 3.500 pessoas, sendo que a existência de vulnerabilidades e riscos no território pode influenciar nesse quantitativo, reforçando o princípio da equidade (BRASIL, 2017).

As pessoas que se encontram em situação de vulnerabilidade possuem demandas e necessidades singulares, pois vivem em ambientes suscetíveis a fatores que podem levar ao adoecimento, além de vivenciarem situações de desigualdade e injustiça (FRIEDRICH et al., 2019; CARMO; GUIZARDI, 2018).

A identificação de especificidades apresentadas por usuários que residem nas áreas de elevado e muito elevado risco permite a elaboração de plano de cuidados amplo, considerando a interferência das questões sociais em sua saúde (FRUTOSO et al., 2015; FARIA; ARAÚJO, 2010).

Nesse contexto, o objetivo do estudo é analisar aspectos que facilitam e dificultam o trabalho de equipes da Atenção Primária à Saúde em áreas de vulnerabilidade elevada.

O conhecimento do cotidiano de trabalho de equipes da Atenção Primária à Saúde em áreas de vulnerabilidade elevada, tanto no que se refere aos aspectos facilitadores quanto aos dificultadores desse processo, é imprescindível, diante de sua importância no contexto da atenção à saúde.

Acredita-se que o reconhecimento de especificidades que permeiam o trabalho da eSF nesses territórios possibilitará a discussão acerca da atuação dos profissionais e da necessidade de subsídios à melhoria da qualidade assistencial a partir da articulação da saúde com outros setores.

REFERENCIAL TEÓRICO

A APS é a responsável pela produção de cuidado a partir da lógica territorial e, desta forma, possui papel protagonista na reestruturação e fortalecimento da política de saúde pública por meio da promoção do acesso universal, que favorece a proteção social e tem por objetivo dar respostas às necessidades da população (CECÍLIO; REIS, 2018; BRASIL, 2017).

A atuação da eSF em território delimitado e com população definida facilita o acesso da comunidade ao serviço e promove o cuidado na perspectiva integral por considerar o território onde vive (CECÍLIO; REIS, 2018).

A eSF tem como foco os cuidados com as famílias e comunidade, considerando o grau de risco que apresentam, respeitando o princípio da equidade (MERCÊS; SILVA; OLIVEIRA, 2018). A equidade visa reduzir as diferenças entre os grupos sociais por meio do investimento maior em áreas e populações que têm mais necessidades, possibilitando a incorporação de políticas visando à integralidade e universalização da assistência (SIQUEIRA; HOLLANDA; MOTTA, 2017).

As desigualdades econômicas no Brasil se configuram como um desafio para reduzir as iniquidades na saúde, que possuem relação direta com as condições sociais às quais as populações estão submetidas. Por esse motivo, intervir sobre os determinantes sociais da

saúde é fundamental para uma sociedade inclusiva, equitativa e saudável (OMS, 2011; TOMASI et al., 2015).

A ESF, centrada no território e nas necessidades de saúde de famílias e comunidades, deve trabalhar na perspectiva de promover práticas intersetoriais que considerem os determinantes sociais da saúde. A identificação de fatores de risco à saúde na dinâmica que compõe o território em que vive a população adscrita é essencial para que sejam planejadas ações articuladas de proteção, promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos e redução de vulnerabilidades, intervindo sobre os determinantes sociais da saúde. O território é um espaço dinâmico e varia de acordo com a disponibilização dos serviços existentes. O acesso ou não a estes leva a resultados de saúde diferentes nas populações, conferindo aos mesmos a característica de vulnerabilidade (MALTA; COSTA; MAGRINI, 2017; SANTOS, 2018; JUSTO et al., 2017).

Vulnerabilidade é um conceito em constante construção que visa responder à complexidade do processo saúde-doença-cuidado da comunidade e possui três componentes: individuais, relacionados ao acesso a informações; sociais, operacionalização das informações; e programático, forma como serviços e políticas se organizam para responder às necessidades e problemas apresentados pela população (DIMENSTEIN; CIRILO NETO, 2020). A vulnerabilidade é complexa e multicausal, consistindo na maior chance de determinados indivíduos desenvolverem doenças como resultado de problemas existentes nas esferas política, econômica, cultural e social (MARIOSIA; CAMILO, 2018; AYRES; PAIVA; FRANÇA JUNIOR, 2011).

Os grupos vulneráveis sofrem segregação socioespacial e normalmente residem em áreas desfavorecidas, com pouco ou nenhum acesso a políticas básicas, o que influencia diretamente nas relações estabelecidas com o meio externo e também com outras pessoas (MALTA; COSTA; MAGRINI, 2017).

A APS, por estar inserida nos territórios onde residem os usuários, como os de grupos vulneráveis, é o ponto preferencial da Rede de Atenção à Saúde (RAS), na qual são identificadas as necessidades dos mesmos e desenvolvidas ações de diagnóstico, tratamento, prevenção e promoção de saúde (FARIAS et al., 2015; MOREIRA et al., 2017).

As equipes da ESF como tática de reorientação e organização da RAS devem desenvolver suas práticas em concordância com as demandas e necessidades dos seus territórios, propondo ações que possibilitem a superação de iniquidades e desigualdades de acesso à saúde de segmentos sociais em áreas de vulnerabilidade.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso único, com abordagem qualitativa, originado de uma dissertação de mestrado (LARA, 2020). Apresenta-se uma das categorias de análise que discute aspectos que facilitam e dificultam o trabalho de equipes da Atenção Primária à Saúde em áreas de vulnerabilidade elevada.

A pesquisa foi realizada em três Centros de Saúde do município de Belo Horizonte, em áreas de elevado e muito elevado risco, mediante análise de informações dos Centros de Saúde do município e do documento Índice de Vulnerabilidade da Saúde (BELO HORIZONTE, 2013). As unidades selecionadas possuem, cada uma, 03 equipes de Saúde da Família (eSF), totalizando 09 equipes, cujos profissionais compuseram a amostra do estudo.

Os participantes do estudo foram profissionais das eSF atuantes nas unidades selecionadas, totalizando uma amostra de 24 trabalhadores, distribuídos nos três Centros de Saúde, entre médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, e 3 informantes-chave, sendo 2 gerentes de unidade e 1 assistente social, totalizando 27 entrevistados.

A coleta de dados ocorreu no período de setembro de 2019 a dezembro de 2019 e se deu por meio de entrevistas com roteiro semiestruturado e observação direta nos cenários de estudo. Realizou-se, previamente, teste-piloto, o que auxiliou na estruturação final do roteiro de entrevista. A coleta de dados foi agendada conforme disponibilidade dos profissionais, não atrapalhando a rotina das atividades nas Unidades. As entrevistas foram realizadas em lugar privativo nos Centros de Saúde e tiveram duração média de 30 minutos.

Na observação, foi verificada a dinâmica do serviço, a forma como as informações estavam dispostas, a abordagem dos profissionais e a movimentação dos usuários na unidade. Além da observação na recepção e na parte interna das unidades, uma pesquisadora acompanhou também uma reunião de equipe em um Centro de Saúde para entender como eram as discussões entre os profissionais e quais os problemas sinalizados. As observações foram registradas em diário de campo e identificadas na análise dos dados como notas de observação (NO).

A análise de dados foi feita utilizando-se a técnica da Análise de Conteúdo Temática nas fases de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2016).

A pesquisa seguiu os princípios éticos estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) a partir da Resolução nº 466 de 12 de dezembro 2012, regulamentadora de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG) e Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (COEP/SMSA). Os participantes formalizaram o aceite para participar da pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A saúde, sendo um dos equipamentos de política pública inserida nos territórios, configura-se como porta de entrada dos usuários no sistema e possibilita o acesso, a identificação das demandas, necessidades e a construção conjunta das respostas às questões apresentadas por esses usuários:

Houve uma melhora da saúde da população a partir do momento em que houve melhoria do acesso [...] (E12).

Nenhum paciente vai embora sem atendimento [...] Só não resolvemos na hora se não tivermos agenda disponível, mas quando surge uma oportunidade nós resolvemos [...] para evitar que a pessoa tenha que ficar voltando na unidade [...] (E26).

Por meio da APS, considerada a porta de entrada preferencial dos usuários no sistema de saúde, ocorre o acolhimento das demandas trazidas por eles, independente de qual ordem seja. As atividades de saúde a serem desenvolvidas no território devem ser guiadas pelas necessidades apresentadas pela comunidade visando à resolutividade dos problemas identificados.

O acesso diz respeito justamente à capacidade do serviço em resolver as necessidades de saúde da população (BRASIL, 2017). Silva et al. (2016) e Brasil (2017) reforçam que nos locais onde há maior acesso da população aos Centros de Saúde com acolhimento das demandas, há maior resolutividade das necessidades de saúde apresentadas pelos usuários.

A partir dos relatos obtidos, é possível perceber que, nestes territórios, de fato, a saúde é a política pública a qual a população tem maior acesso. Em territórios com diferentes graus de vulnerabilidade percebe-se maior presença de outros equipamentos públicos, porém, nestes

cenários de vulnerabilidade elevada, por existirem poucos recursos aos quais a comunidade pode recorrer, é na saúde que os usuários buscam respostas para diversas demandas e necessidades que apresentam, visando melhores condições de vida:

[...] antigamente os problemas da população eram menores, as pessoas tinham outros recursos para acionar além da saúde. Agora tudo é o SUS: doenças agudas e crônicas, o uso de drogas, violência. O centro de saúde é a porta de entrada para tudo [...] (E15).

A saúde tem uma porta aberta, ao contrário de outras políticas [...] acaba sendo uma porta de entrada para o Estado, é um poder público no território [...] (E16).

Os usuários frequentemente utilizam a queixa clínica para buscar o serviço de saúde e resolver os problemas físicos manifestos, mas também por conseguirem atendimento e terem identificadas diversas questões que nem sempre são aquelas percebidas no primeiro momento (SANTOS; PENNA 2013; SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018).

Assim, infere-se que os usuários parecem procurar o Centro de Saúde pelo fato do equipamento estar inserido no território próximo ao seu domicílio e também pela dificuldade e até mesmo inexistência de outras políticas que dêem conta de suprir suas necessidades, considerando a complexidade que apresentam.

Importante considerar que muitas das necessidades dos usuários não são passíveis de resolução exclusivamente pela saúde e para isso é preciso que ocorra uma articulação com outros serviços e equipamentos de políticas públicas, daí a importância de estes estarem inseridos nos territórios (SANTOS; PENNA, 2013).

Outro fator importante para ampliação da resolutividade na APS é a existência do vínculo entre os usuários e os profissionais da equipe.

Você cria um vínculo com a população e isso traz muitas alegrias no cotidiano de trabalho (E3).

A população foi se vinculando com os profissionais da unidade, confiando, sentindo-se segura [...] confiam a ponto de ir a outros profissionais fora do Centros de Saúde e retornarem para darmos o aval sobre a conduta indicada pelo colega [...] (E12).

Por meio do estabelecimento de vínculo é possível construir conjuntamente ações longitudinais efetivas e integradas entre as diversas categorias profissionais que assistem os usuários (SANTOS; PENNA, 2013). E, para o vínculo seja estabelecido, é preciso que todos os envolvidos no processo - usuários, trabalhadores, gestores e o próprio sistema de saúde – responsabilizem-se durante o processo (SANTOS; ROMANO; ENGSTROM, 2018).

O vínculo possui uma dimensão subjetiva, pois é construído a partir das relações diárias que propiciam o surgimento de afetos e sentimentos diversos (SILVA et al., 2015; SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018). Além disso, estimula a autonomia e responsabilização do usuário, contribuindo na dimensão terapêutica, uma vez que pode melhorar a adesão às condutas e tratamentos prescritos (BARBOSA; BOSI, 2017; SANTOS; ROMANO; ENGSTROM, 2018).

Outro fator facilitador identificado foi o trabalho em equipe:

Algumas colegas cooperam bastante, quando a gente pede, elas ajudam [...] O acesso à enfermeira também é muito bom, nós trabalhamos muito juntas e isso facilita o trabalho [...] (E13).

Aqui todas as equipes trabalham em parceria, quando não estamos disponíveis os colegas de outras equipes nos apoiam, os acadêmicos [...] somente assim para dar certo. [...] Trabalhamos de forma compartilhada a fim de tirar o foco somente do atendimento médico [...] A enfermeira da minha equipe é muito boa, nós temos uma boa relação e conseguimos resolver muitas coisas na própria equipe [...] (E16).

A existência de diversas categorias profissionais atuando em equipe é fundamental para que a ESF se concretize, além de propiciar mudanças no arranjo organizacional do SUS, visando à integralidade, qualificação e resolutividade do cuidado (GARCIA et al., 2015; SANTOS; ROMANO; ENGSTROM, 2018). A troca de saberes e a identificação de potencialidades de cada profissional ao lidar com as diversas situações que surgem na APS possibilitam um cuidado ampliado ao usuário (OLIVEIRA et al., 2016).

Nesse contexto, é preciso que haja colaboração e interação entre os diversos profissionais envolvidos no cuidado ao usuário. Quando isso ocorre, o que é um desafio, considerando-se todo o espectro da ESF, identifica-se um amadurecimento da equipe, bem como um objetivo único no desempenho de seu trabalho (GARCIA et al., 2015).

A demora para o agendamento das consultas especializadas foi relatada como um fator dificultador para o trabalho, pois interfere diretamente no aumento da procura de atendimento nos Centros de Saúde.

A dificuldade para agendar um especialista interfere no nosso trabalho [...] (E2).

Enquanto o agendamento das consultas especializadas não sai, os usuários voltam repetidas vezes no posto [...] algumas especialidades são muito demoradas [...] (E22).

A oferta insuficiente de vagas, bem como de profissionais médicos, e o aumento de usuários demandando consultas especializadas constituem alguns dos principais dificultadores para o acesso a estas, impactando diretamente na integralidade do cuidado ao usuário, uma vez que suas necessidades não são atendidas (SILVA et al., 2017; MERCÊS; SILVA; OLIVEIRA, 2018).

Aliada à baixa oferta de consultas especializadas e pouca comunicação entre serviços especializados e APS, a demanda elevada propicia o crescimento das filas e, conseqüentemente, do tempo de espera pelas consultas, o que repercute na saúde do usuário que aguarda resposta para suas necessidades. A maioria dos usuários depende do atendimento pelo SUS e a demora, além da ansiedade, pode trazer problemas em situações que não deveriam esperar. No entanto, o encaminhamento adequado para os especialistas, de acordo com critérios e protocolos clínicos, leva à diminuição do tempo de espera nas filas. Isso reflete na melhoria da saúde dos usuários, uma vez que acessam a atenção especializada com maior agilidade (VIEIRA; LIMA; GAZZINELLI, 2015).

Quanto aos recursos humanos disponíveis, observou-se e também foi relatado pelos entrevistados que há insuficiência de equipes e profissionais nas unidades:

Eu acho que o déficit de profissionais interfere no trabalho [...]. Aqui, por ser área de elevado risco, deveria ter mais equipes atuando (E4).

Eu acho que se tivesse menos pessoas na minha área de abrangência conseguiria chegar mais neles, ainda mais por ser um território de alta vulnerabilidade [...]. Eu não consigo ver todo mundo todo mês porque eu tenho gente demais, quase o dobro do que deveria ter na minha área. [...]. Se fossem menos eu acho que facilitaria um pouco o trabalho (E8).

Áreas distantes e vulneráveis possuem um quantitativo reduzido de profissionais na APS comprometendo o acesso da população a esses serviços, enquanto áreas urbanas que possuem mais recursos financeiros atraem mais profissionais (OPAS/OMS, 2018).

Verifica-se nos relatos dos profissionais que a ausência de alguns materiais impacta negativamente na execução do trabalho na unidade:

Às vezes falta luva, papel e aí fica mais difícil fazer o nosso trabalho [...] A ergonomia aqui também é algo que deixa a desejar [...] Os armários onde ficam os prontuários são muito baixos, é preciso abaixar para pegá-los [...], quando é preciso fazer uma ligação externa o profissional tem de ir longe, pois só temos um telefone na unidade e ele não fica dentro de uma sala, não confere privacidade [...] (E2).
A gente não tem material nem uniforme, isso atrapalha bastante (E10).

A falta de materiais traz impactos negativos tanto durante a execução do trabalho pelos profissionais quanto para os usuários. A fim de evitar perda da qualidade assistencial alguns profissionais compram com o próprio recurso alguns materiais. Esse ato é percebido pelos mesmos como uma responsabilização e compromisso pelo cuidado dispensado ao usuário (SANTOS; PESSOA JUNIOR; MIRANDA, 2018; PESSOA et al., 2018).

Observou-se outro aspecto dificultador, reforçado pelos profissionais: a localização geográfica da Unidade, em área descoberta por serviços de comércio, o que contribui para a rotatividade de profissionais e dificulta o acesso dos usuários ao centro de saúde:

Aqui é um lugar ermo, deserto, não tem circulação de pedestres, não tem moradias, o Centro de Saúde é no alto [...] nossa localização geográfica não é boa [...]. Sempre temos falta de funcionários por conta da localização, da distância [...]. É uma comunidade que não tem absolutamente nada, nem padaria, mercearia e farmácia. Praças existem poucas, escolas tem duas municipais e uma estadual, igreja tem várias e bares, nada além disso [...]. Com essa distância muita gente desanima de trabalhar aqui. Além de ser longe, não tem nada próximo, qualquer coisa que você precisar tem que sair de carro e demora. [...] (E1).

Antigamente fazíamos muitos grupos, mas a localização é um problema. O pessoal que mora mais longe achava complicado vir (E6).

Uma das unidades de saúde onde foi realizada a coleta de dados era distante de tudo. Próximo a uma via rápida, ladeado por um córrego, longe de casas. A população que tem a unidade como referência mora do outro lado da BR e tem dificuldade para comparecer à unidade. Não existe nenhum tipo de comércio próximo e ao final do dia fica ermo (NO).

A população vulnerável costuma viver em áreas com desvantagens ambientais, sociais e econômicas, fatores estes que influenciam nas condições de saúde e qualidade de vida dos

mesmos (RIBEIRO; BARATA, 2016). Barreiras geográficas impactam diretamente no acesso da população aos serviços (HIRDES, 2015).

Além disso, serviços localizados em áreas afastadas dos centros urbanos onde vivem populações de baixa renda encontram dificuldade em fixar profissionais. Quando conseguem, os vínculos com a comunidade são frágeis, o que proporciona mudança de emprego quando surge oferta mais atrativa (OLIVEIRA et al., 2019; FERREIRA NETO et al., 2016). A elevada rotatividade prejudica a comunidade e os processos de trabalho nas unidades, impactando diretamente na assistência aos usuários (PESSOA et al., 2018).

Condições de acesso, distância e oferta de serviços básicos próximos (banco, restaurantes) foram sinalizados por Stralen et al. (2017) como fatores que influenciam na escolha do local de atuação do profissional.

CONCLUSÃO

O acesso aos serviços de saúde, o vínculo entre profissionais e usuários e o trabalho em equipe, o trabalho em equipe foram revelados como aspectos facilitadores do trabalho de profissionais de eSF em áreas de vulnerabilidade elevada. Como aspectos dificultadores foram relatados a demora para o agendamento das consultas especializadas, o dimensionamento insuficiente de trabalhadores, a falta de materiais e a localização geográfica das unidades.

Nos territórios de vulnerabilidade elevada, onde se encontram os Centros de Saúde cenário deste estudo, a população possui necessidades que extrapolam a responsabilidade exclusiva do setor saúde, o que requer ação intersetorial, evidenciando a necessidade de que outros equipamentos, além da saúde, estejam presentes nos territórios.

Este estudo não é passível de generalização, tendo em vista que áreas de vulnerabilidade elevada apresentam diferentes características, dependendo do município e dos grupos populacionais que as habitam. No entanto, o trabalho em saúde nessas áreas tem características diferenciadas, marcadas pela desigualdade social. Dessa forma, sugerem-se novos estudos sobre o tema.

REFERÊNCIAS

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita; PAIVA, Vera Silvia Facciolla; FRANÇA JUNIOR, Ivan. From natural history of disease to vulnerability: Changing concepts and practices in contemporary public health. *In*: PARKER, Richard; SOMMER, Marni. (org.). **Routledge handbook in global public health**. Abingdon, Oxon: Taylor and Francis, 2011. p. 98-107.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARBOSA, Maria Idalice Silva; BOSI, Maria Lucia Magalhaes. Vínculo: um conceito problemático no campo da saúde coletiva. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 1003-1022, dez. 2017.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. **Gestão do cuidado no território**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2016.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. **Índice de vulnerabilidade da saúde**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 68, 22 set. 2017.

CARMO, Michelle Eustáquia do; GUIZARDI, Francine Lube. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, p. e00101417, mar. 2018.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira; REIS, Ademar Arthur Chioro dos. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, p. e00056917, 2018.

DIMENSTEIN, Magda; CIRILO NETO, Maurício. Abordagens conceituais da vulnerabilidade no âmbito da saúde e assistência social. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del-Rei, v. 15, n. 1, p. 1-17, jan./abr. 2020.

EGRY, Emiko Yoshikawa. Um olhar sobre as boas práticas de enfermagem na atenção básica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 3, p. 930-931, 2018.

FARIA, Helaynne Ximenes; ARAUJO, Maristela Dalbello. Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 429-43, jun. 2010.

FARIAS, Deborah Curvelo de; CELINO, Suely Deysny de Matos; PEIXOTO, Juliana Berenguer de Souza; BARBOSA, Mayara Lima; COSTA, Gabriela Maria Cavalcanti. Acolhimento e resolubilidade das urgências na estratégia saúde da família. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 1, p. 79-87, mar. 2015.

FERREIRA NETO, João Leite; OLIVEIRA, Graziella Lage; VIANA, Natalia de Oliveira; DUARTE, Luiz Guilherme Mafle Ferreira. Integralidade, condições de oferta de serviços e processo de trabalho de Equipes de Saúde da Família em Belo Horizonte. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 179-192, dez. 2016.

FRIEDRICH, Melina Adriana; WETZEL, Christine; CAMATTA, Marcio Wagner; OLSCHOWSKY, Agnes; SCHNEIDER, Jacó Fernando; PINHO, Leandro Barbosa de; PAVANI, Fabiane Machado. Barreiras de acesso à saúde pelos usuários de drogas do consultório na rua. **Journal of Nursing and Health**, Pelotas, v. 9, n. 2, p. e199202, 2019.

FRUTOSO, Maria Fernanda Petrolí; MENDES, Rosilda; ROSA, Karina Rodrigues Matavelli; SILVA, Carlos Roberto de Castro e. Gestão local de saúde em território de vulnerabilidade: motivações e racionalidades. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 337-349, jun. 2015.

GARCIA, Ana Claudia Pinheiro; LIMA, Rita de Cassia Duarte; FREITAS, Paula de Souza Silva; FACHETTI, Thiago; ANDRADE, Maria Angelica Carvalho. O trabalho em equipe na

estratégia saúde da família. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, Santa Cruz do Sul, ano 5, v. 5, n. 1, p. 31-36, jan./mar. 2015.

HIRDES, Alice. A perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre o apoio matricial em saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 371-382, fev. 2015.

JUSTO, Larissa Galas; SEVERO, Ana Kalliny de Sousa; FELIX-SILVA, Antonio Vladimir; SOARES, Lorena Sousa; SILVA-JUNIOR, Fernando Lopes e; PEDROSA, Jose Ivo dos Santos. A territorialização na Atenção Básica: um relato de experiência na formação médica. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 21, p. 1345-1354, 2017. Supl. 1.

KESSLER, Marciane; LIMA, Suzinara Beatriz Soares de; WEILLER, Teresinha Heck; LOPES, Luis Felipe Dias; FERRAZ, Lucimare; THUMÉ, Elaine. A longitudinalidade na Atenção Primária à Saúde: comparação entre modelos assistenciais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 3, p. 1127-1135, maio 2018.

LARA, Helena de Mesquita Souza Lara. **O trabalho da equipe de Saúde da Família em áreas de vulnerabilidade elevada**. 2020. 90f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais. Minas Gerais, 2020.

MALTA, Fernanda Siqueira; COSTA, Eduarda Marques da; MAGRINI, Alessandra. Índice de vulnerabilidade socioambiental: uma proposta metodológica utilizando o caso do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 3933-3944, dez. 2017.

MARIOSIA, Duarcides Ferreira; CAMILO, Maria Virginia Righetti Fernandes. Território, trabalho e saúde: repercussões socioambientais do estilo de vida em duas comunidades da reserva de desenvolvimento sustentável do Tupé, Manaus, Amazonas. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 189-205, maio/ago. 2018.

MATUMOTO, Silvia; MISHIMA, Silvana Martins; FORTUNA, Cinira Magali; PEREIRA, Maria José Bistafa; ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de. Discussão de famílias na estratégia saúde da família: processo de trabalho em construção. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 603-610, jun. 2011.

MERCÊS, Julia Caroline das; SILVA, Betânia Eneida de Moraes; OLIVEIRA, Renata Ferreira dos Santos. A importância do enfermeiro enquanto coordenador na equipe de estratégia de saúde da família. **Revista Psicologia e Saúde em Debate**, v. 4, n. 3, p. 72-83, dez. 2018.

MOREIRA, Danielle de Araújo; TIBÃES, Hanna Beatriz Bacelar; BATISTA, Renata Cristina Rocha; CARDOSO, Cecília Maria Lima; BRITO, Maria José Menezes. O sistema de triagem de Manchester na atenção primária à saúde: ambiguidades e desafios relacionados ao acesso. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 2, p. e5970015, jun. 2017.

OLIVEIRA, Claudia Maria de; BATISTA, Nildo Alves; BATISTA, Sylvia Helena Souza da Silva; UCHÔA-FIGUEIREDO, Lucia da Rocha. A escrita de narrativas e o desenvolvimento de práticas colaborativas para o trabalho em equipe. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.20, n.59, p.1005-1014, dez. 2016.

OLIVEIRA, Cecylia Roberta Ferreira de; SAMICO, Isabella Chagas; MENDES, Marina Ferreira de Medeiros; VARGAS, Ingrid; VÁZQUEZ, Maria Luisa. Conhecimento e uso de mecanismos para articulação clínica entre níveis em duas redes de atenção à saúde de Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, p. e00119318, maio 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Diminuindo diferenças**: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde: documento de discussão. Rio de Janeiro: OMS, 2011.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Ampliação do papel dos enfermeiros na atenção primária à saúde**. Washington, D.C.: OPAS/OMS, 2018.

PESSOA, Karine Lima Verde; JORGE, Maria Salete Bessa; LOURINHO, Lídia Andrade; CATRIB, Ana Maria Fontenele. Gestão do cuidado e interdisciplinaridade: desafios do cotidiano da atenção psicossocial. **Revista de Salud Pública**, Bogotá, v. 20, n. 6, p. 692-698, dez. 2018.

RIBEIRO, Manoel Carlos Sampaio de Almeida; BARATA, Rita Barradas. Saúde: vulnerabilidade social, vizinhança e atividade física. **Cadernos Metrópole**, São Paulo, v. 18, n. 36, p. 401-420, dez. 2016.

SANTOS, José Alcides Figueredo. Classe social, território e desigualdade de saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 556-572, jun. 2018.

SANTOS, Debora de Souza; MISHIMA, Silvana; MERHY, Emerson Elias. Processo de trabalho na estratégia de saúde da família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 861-870, mar. 2018.

SANTOS, Tatiana Vasques Camilo dos; PENNA, Claudia Maria de Mattos. Demandas cotidianas na atenção primária: o olhar de profissionais da saúde e usuários. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p.149-156, mar. 2013.

SANTOS, Raionara Cristina de Araujo; PESSOA JUNIOR, João Mario; MIRANDA, Francisco Arnoldo Nunes de. Rede de atenção psicossocial: adequação dos papéis e funções desempenhados pelos profissionais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 39, p. e57448, 2018.

SANTOS, Alexandre Lima; RIGOTTO, Raquel Maria. Território e territorialização: incorporando as relações de produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 387-406, nov. 2011.

SANTOS, Renata Oliveira Maciel dos; ROMANO, Valéria Ferreira; ENGSTROM, Elyne Montenegro. Vínculo longitudinal na saúde da família: construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e organização dos serviços. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. e280206, 2018.

SILVA, Camila Ribeiro; CARVALHO, Brigida Gimenez; CORDONI JUNIOR, Luiz; NUNES, Elisabete de Fátima Pólo de Almeida. Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1109-1120, abr. 2017.

SILVA, Maria Rocineide Ferreira da; SILVEIRA, Lia Carneiro; PONTES, Ricardo José Soares; VIEIRA, Alcivan Nunes. O cuidado além da saúde: cartografia do vínculo, autonomia e território afetivo na saúde da família. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 19, n. 1, p. 249-254, jan./mar. 2015.

SILVA, Bruna Pontes da; STOCKMANN, Denise; LUCIO, Donavan de Souza; HENNA, Elaine; ROCHA, Maria Carolina Pereira da; JUNQUEIRA, Fábio Miranda. Ampliação do acesso à saúde na região mais vulnerável do estado de São Paulo, Brasil: reflexo do Programa Mais Médicos? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2899-2906, set. 2016.

SIQUEIRA, Sandra Aparecida Venâncio de; HOLLANDA, Eliane; MOTTA, José Inácio Jardim. Políticas de promoção de equidade em saúde para grupos vulneráveis: o papel do Ministério da Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1397-1406, 2017.

STRALEN, Ana Cristina Sousa Van; MASSOTE, Alice Werneck; CARVALHO, Cristiana Leite; GIRARDI, Sabado Nicolau. Percepção de médicos sobre fatores de atração e fixação em áreas remotas e desassistidas: rotas da escassez. **Physis**, v. 27, n. 1, p. 147-172, jan. 2017.

TOMASI, Elaine; NUNES, Bruno Pereira; MULLER, Rosangela de Mattos; THUMÉ, Elaine; SILVEIRA, Denise Silva da; SIQUEIRA, Fernando Vinholes; DURO, Suelle Manjourany Silva; SAES, Mirelle de Oliveira; DILÉLIO, Alitéia Santiago; REIS, Meryene Bordon Dias; FACCHINI, Luiz Augusto. Perfil de utilização de serviços de saúde por crianças de zona urbana no Brasil: estudo transversal de base nacional. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 15, n. 1, p. 81-90, mar. 2015.

VIEIRA, Ed Wilson Rodrigues; LIMA, Thais Moreira Nascimento; GAZZINELLI, Andréa. Tempo de espera por consulta médica especializada em um município de pequeno porte de Minas Gerais, Brasil. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 19, n.1, p. 65-71, jan./mar. 2015.

CUSTEIO BASEADO EM ATIVIDADES E TEMPO NA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DO PACIENTE VÍTIMA DE AVC

Flávia Lúcia da Silva Colares, mestranda em Gestão de Serviços de Saúde, UFMG
Mônica Viegas Andrade, professora doutora do departamento de economia da UFMG
Kênya V. M. de S. Noronha, professora doutora do departamento de economia da UFMG
André Soares Santos, doutor em Medicamentos e Assistência Farmacêutica, UFMG

RESUMO

O custeio baseado em atividades e tempo (TDABC) vêm sendo apresentado como um método de custeio alternativo e mais preciso para calcular custos em saúde, permitindo atribuir custos diretamente aos pacientes. **Objetivo:** Aplicar o método baseado em atividades e tempo para estimar o custo da internação hospitalar do paciente vítima de AVC. **Métodos:** Realizou-se uma análise de custos parcial, da perspectiva hospitalar pública brasileira. As etapas para implementação foram as sugeridas em literatura para aplicação do TDABC no setor de saúde. **Resultados:** O custo estimado foi de R\$ R\$ 7.067,50 (USD 1.698,28), com média de permanência de 10,9 dias. A mão de obra representou 63% do custo total, sendo a remuneração médica responsável por quase a metade deste valor. **Conclusão:** A escolha de um método de custeio mais acurado, que reflita o cuidado efetivamente prestado a cada paciente individual, permite uma visão mais transparente da formação de custos e dos processos institucionais, possibilitando ações voltadas à contenção de custos, melhorias de processos e maior assertividade nas tomadas de decisões gerenciais.

PALAVRAS-CHAVE: TDABC; Custeio baseado em atividades e tempo; CPRE terapêutica.

INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) representa um grande desafio de saúde pública. Anualmente, são cerca de seis milhões de mortes relacionadas à patologia em todo o mundo, quantia esta suplantada apenas pelas doenças cardíacas (WHO, 2020). Mantidas as tendências atuais, espera-se para o ano de 2050, a existência de 200 milhões de sobreviventes de AVC e, a cada ano subsequente, mais 30 milhões de novos casos e 12 milhões de óbitos. Este futuro iminente representa um risco real à sustentabilidade dos sistemas de saúde, considerando os altos custos associados às doenças cerebrovasculares (BRAININ *et al.*, 2020; OLIVEIRA *et al.*, 2020; SIQUEIRA; SIQUEIRA; LAND, 2019). No Brasil, a condição é a segunda maior causa de incapacidade e morte, sendo a primeira de inaptidão na população da faixa etária superior a 50 anos. Responde por 10% do total de óbitos, 32,6% das mortes por causas vasculares e 40% das aposentadorias precoces no país (OCDE, 2021; WHO, 2020; GBD 2019 STROKE COLLABORATORS, 2021; SIQUEIRA; SIQUEIRA; LAND, 2019; ABRAMCZUK; VILLELA, 2009). Por se caracterizar como emergência médica e requerer, obrigatoriamente, atendimento hospitalar, o AVC é responsável por gastos substanciais com hospitalizações.

As internações hospitalares junto ao Sistema Único de Saúde (SUS) motivadas pela condição vêm apresentando elevação, tanto no valor unitário quanto no número absolutos de eventos, partindo de 131.122 em 2009 para 146.950 em 2016 (OLIVEIRA *et al.*, 2020). Em 2015, o gasto estimado direto do SUS com internações e consultas relacionadas às doenças cardiovasculares excedeu os R\$ 5 bilhões. O AVC e a insuficiência cardíaca foram responsáveis pelos mais altos valores cumulativos reembolsados pela saúde pública para procedimentos clínicos, totalizando R\$ 8,4 bilhões no período entre 2008 e 2018 (DANTAS *et al.*, 2019; OLIVEIRA *et al.*, 2020). Em 2019, somente as hospitalizações decorrentes do AVC consumiram mais de R\$ 300 milhões, com dispêndio acumulado em 12 anos ultrapassando os R\$ 2,8 bilhões (OLIVEIRA *et al.*, 2022). Apesar de todo este impacto, ainda existem impasses em torno da priorização dos programas de tratamento do AVC, graças aos altos custos envolvidos e aumento progressivo de sua incidência. Logo, estudos econômicos envolvendo esta patologia são de suma importância para proposição de políticas de saúde,

particularmente, em ambientes com poucos recursos como o sistema de saúde brasileiro (BARBOSA *et al.*, 2020; REN; LI; LI, 2019; JAUCH *et al.*, 2018).

Um dos principais desafios das organizações de saúde é desenvolver sistemas de informações de custos adequados para precificação e gestão estratégica (DEMEERE; STOUTHUYSEN; ROODHOOFT, 2009). Os gestores enfrentam crescente diversidade e complexidade de serviços, bem como limites orçamentários cada vez mais rigorosos. Considerando as pressões gerais sobre os gastos com saúde, torna-se imprescindível compreender de forma mais detalhada os diferentes custos incorridos durante o atendimento ao paciente, bem como os fatores que impulsionam as variações destes custos, em busca de decisões mais eficazes e melhorias de processos. Assim, o desenvolvimento e a aplicação de metodologias de custeio que reflitam o real percurso do paciente, voltadas ao controle de custos e incremento da qualidade, são cada vez mais imprescindíveis (TIBOR *et al.*, 2017; AILLÓN, 2013; LEE, 2012; KAPLAN; PORTER, 2011). Diferentes métodos de custeio têm sido utilizados nos serviços de saúde, entretanto, as abordagens tradicionais podem não refletir o real trajeto assistencial do paciente. Buscando preencher esta lacuna, Kaplan e Anderson (2004) propuseram o *Time-driven Activity-Based Costing* (TDABC ou método de custeio baseado em atividade e tempo), buscando auxiliar as organizações a compreender melhor a formação de seus custos, identificar capacidades ociosas, prover informações mais fidedignas para precificação de serviços e apoiar iniciativas baseadas em valor (KAPLAN; ANDERSON, 2004).

Este estudo descreve a aplicação de um modelo de custeio baseado em atividades e tempo para estimar os custos da internação hospitalar do paciente vítima de AVC em um hospital público brasileiro. Recentemente, o TDABC vem sendo sugerido como um método alternativo e mais acurado para calcular os custos em saúde, pois permite atribuí-los diretamente aos pacientes (ETGES *et al.*, 2019a; PORTER; LEE, 2013; KAPLAN; PORTER, 2011). O método é relativamente fácil de implementar, pois requer apenas dois parâmetros para cálculo: (1) custo dos recursos por unidade de tempo e (2) tempo requerido pelo recurso para realizar a atividade. O TDABC permite capturar a complexidade dos processos ao utilizar múltiplos direcionadores de tempo, enquanto os mapas de processos possibilitam incorporar variações causadas por determinantes subjacentes ao longo do atendimento, se mostrando mais adequado às organizações de saúde.

REFERENCIAL TEÓRICO

O cenário econômico tem exigido o desenvolvimento de soluções inovadoras e novas práticas de contabilidade gerencial. Além disso, o foco destes sistemas de contabilidade foi ampliado, permitindo que os gestores atendam melhor as expectativas dos clientes e gerenciem de maneira mais assertiva a cadeia de valor da empresa (MARTINS, 2018; McBAIN *et al.*, 2016; HORNGREN; DATAR; RAJAN, 2012; KAPLAN; PORTER, 2011; PORTER, 2010; PORTER; TEISBERG, 2008; HANSEN; MOWEN, 2007; KAPLAN; ANDERSON, 2007). Para garantir e manter uma vantagem competitiva, os gestores devem enfatizar o tempo, a qualidade e a eficiência, sendo as informações contábeis um suporte firme para esses três objetivos organizacionais fundamentais. Entretanto, medir custos em saúde é um desafio (MANKIW, 2018; HORNGREN; DATAR; RAJAN, 2012; PORTER; TEISBERG, 2008; HANSEN; MOWEN, 2007).

Os cálculos de custo consomem tempo e esforço, cabendo aos pesquisadores definir quão acuradas e precisas devem ser suas estimativas. Acurácia refere-se à propriedade da estimativa para a questão de pesquisa (validade externa) e se a medida é bem fundamentada (validade interna). Precisão remonta à confiabilidade da medição (medida em que medições repetidas sob as mesmas condições dariam resultados consistentes), e aumenta junto ao tamanho da amostra (TAN, 2009; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Qualquer método para

estimar um custo precisa abordar duas questões passíveis de influenciar a exatidão e a precisão a serem alcançadas: (1) o grau de desagregação usado na identificação e medição de recursos e componentes de custo (microcusteio vs. macrocusteio) e (2) o método para a avaliação de recursos e componentes de custo (de cima para baixo vs. de baixo para cima) (HRIFACH; BRAULT; COURAY-TARGE, 2016; TAN, 2009; HANSEN; MOWEN, 2007).

Os estudos de macrocusteio trabalham com dados dos componentes de custos em nível agregado, identificando, somente, aqueles que impactam o serviço analisado. Já no microcusteio, todos os componentes de custo são definidos no nível mais detalhado, como, por exemplo, a partir de dados de prontuários médicos. Sua unidade de análise é o serviço individual, buscando avaliar os custos sob a maior precisão possível (ETGES *et al*, 2019b; HRIFACH; BRAULT; COURAY-TARGE, 2016; TAN, 2009; HANSEN; MOWEN, 2007). Na abordagem ‘de cima para baixo’ (*top-down*), parte-se de uma visão geral do sistema, indo da instância final para a inicial. Cada nível vai sendo detalhado, do mais alto ao mais baixo, de forma a se chegar às especificações mais básicas do elemento abordado. Na abordagem ‘de baixo para cima’ (*bottom-up*), o custo é estimado no nível individual, tornando-o mais preciso ao refletir o processo de cuidado efetivamente prestado (ETGES *et al*, 2019b; HANSEN; MOWEN, 2007).

Consideradas as particularidades dos sistemas de saúde, o microcusteio de baixo para cima (*bottom-up*) é atualmente propagado como sendo o padrão-ouro para as avaliações econômicas em saúde (ETGES *et al*, 2020; ETGES *et al*, 2019b; HRIFACH; BRAULT; COURAY-TARGE, 2016). A despeito disso, a literatura nacional observa que a maioria dos hospitais brasileiros aplica, em suas rotinas, o método tradicional de custeio por absorção (SOUZA; GIL; SANTANA, 2015; BLANSKI; SILVA; OLIVEIRA, 2015; LEONCINE; BORNIA; ABBAS, 2013; RAUPP; CRISPIM; ALMEIDA, 2007; LAGIOIA *et al*, 2002; MARTINS, 2000). Os métodos tradicionais foram pensados para ambientes onde a mão de obra e os materiais diretos correspondiam a uma grande parte dos custos, sendo válido, portanto, utilizar bases de rateio abalizadas em volume de produção para os custos indiretos. Em outras palavras, foram desenhados para épocas anteriores, quando havia um número limitado de produtos, a mão de obra direta e os materiais eram os fatores de produção determinantes, a tecnologia era estável e as despesas indiretas apoiavam o processo produtivo, representando pequena fração em relação aos custos totais (HRIFACH; BRAULT; COURAY-TARGE, 2016; HANSEN; MOWEN, 2007; COOPER; KAPLAN, 1988).

A evolução tecnológica, a diversificação dos produtos, os novos modelos de negócios e o grau de complexidade das estruturas de produção se apresentam, atualmente, como fatores determinantes dos custos, com participação relevante dos custos indiretos. Por não sofrerem variações em função do volume produzido, sua maior participação no custo total compromete as bases de rateios. Tal fato distorce a apuração dos custos e as informações geradas para a tomada de decisão (HANSEN; MOWEN, 2007; COOPER; KAPLAN, 1988). Diante dessa nova realidade, surge a necessidade de métodos de custeios mais avançados, permitindo uma maior confiabilidade e acurácia das informações originadas do sistema de custos. Nesse sentido, os métodos de custeio avançados ou contemporâneos buscam eliminar ou reduzir, ao máximo possível, a arbitrariedade dos critérios de rateio dos custos fixos ou indiretos, visando apresentar uma estimativa mais confiável e mais fácil de utilizar. Considera-se que os métodos de custeio avançados gerem informações mais fidedignas, possibilitando melhorias contínuas dos produtos e processos, detecção das atividades que não criam valor agregado, identificação de ações associadas a desperdícios de recursos e, finalmente, evidenciando, de forma mais clara, a estrutura dos custos e o seu desempenho (KAPLAN; PORTER, 2011; HANSEN; MOWEN, 2007; COOPER; KAPLAN, 1988).

O custeio baseado em atividades (ABC) foi, assim, desenvolvido como um método mais preciso de atribuição de custos indiretos aos produtos e, como tal, pode ser classificado

como sistema de microcusteio de cima para baixo (HANSEN; MOWEN, 2007; KAPLAN; ANDERSON, 2004). O ABC requer dados detalhados sobre cada atividade, normalmente coletadas por meio de entrevistas ou observação direta de pessoal pelo pesquisador (KAPLAN; ANDERSON, 2004; COOPER; KAPLAN, 1988). A principal diferença entre o custeio bruto tradicional *top-down* e o ABC é que os sistemas baseados em atividades, ao invés de usar centros de custos para acumular custos indiretos variáveis, começam por definir um conjunto de atividades desempenhadas por esses recursos: os custos indiretos são alocados primeiro aos centros de atividade e, somente em seguida, rastreados aos objetos de custo (EVERAERT et al., 2008; KAPLAN; ANDERSON, 2004).

O custeio baseado em atividades orientadas pelo tempo (TDABC) é uma forma simplificada do ABC, se diferenciando deste em relação ao tipo de direcionador de custo utilizado. O ciclo de atendimento de um paciente, desde sua admissão em um hospital até o momento em que recebe alta, pode ser muito complexo em termos de recursos e tempo consumido. O ABC utiliza uma variedade de direcionadores de custos adaptados à situação específica (por exemplo, quantas vezes uma atividade é realizada, tamanho do espaço necessário etc.). No entanto, o ABC pode ser muito difícil de implementar (KAPLAN; ANDERSON, 2004). O TDABC usa apenas o tempo como direcionador de custos (por exemplo, horas de máquina, horas de mão de obra direta) (ETGES et al., 2021, 2019b; KEEL et al., 2017; McBAIN et al., 2016; HAAS, KAPLAN, 2017; KAPLAN; PORTER, 2011; KAPLAN; ANDERSON, 2004). O tempo necessário para realizar uma atividade provavelmente será conduzido por muitos direcionadores de tempo. O TDABC consiste em aplicar uma equação de tempo que modela como diferentes direcionadores conduzem o tempo dedicado à atividade. Além disso, o TDABC tem a capacidade de determinar tanto a capacidade prática quanto a capacidade ociosa de cada recurso (KAPLAN; PORTER, 2011; KAPLAN; ANDERSON, 2004).

O TDABC vem ganhando atenção crescente desde o primeiro estudo envolvendo sua aplicação para custeio em saúde, publicado em 2009 (DEMEERE; STOUTHUYSEN; ROODHOOFT, 2009). Em 2011, foi destaque na *Harvard Business Review* através do artigo seminal de Kaplan e Porter, que apontava o TDABC como o “remédio para a crise de custos em saúde”, ao proporcionar uma nova maneira de medir os custos com precisão, assim como compará-los com desfechos centrados no paciente obtidos. Desde então, várias pesquisas abordaram a técnica, abrangendo diferentes especialidades, como cirurgia (MARTIN et al., 2018), ortopedia (BLASCHKE et al., 2020), urologia (REITBLAT et al., 2021), radiologia (HAUSER et al., 2020), oncologia (DUTTA et al., 2018), psiquiatria (NIAZI et al., 2019), transplantes (ETGES et al., 2019a), pediatria (COPPESS et al., 2019), endocrinologia (DOYLE et al., 2017), dentre outras. Em comum, concluem ser o TDABC um método essencial para apoiar as iniciativas de gestão de saúde baseadas em valor.

METODOLOGIA

O trabalho foi conduzido em um hospital público de ensino, certificado pelo Ministério da Educação (MEC), localizado na cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais. O hospital, doravante denominado Hospital A, atua no atendimento à sociedade em todas as especialidades e subespecialidades oferecidas pelo SUS, como também na formação de recursos humanos, desenvolvimento de pesquisa, produção e incorporação de tecnologia na área de saúde.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital A e foi conduzido de acordo com os princípios éticos da Declaração de Helsinki e em conformidade com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) de nº 466/2012. Os dados individuais coletados foram mantidos em sigilo e a divulgação dos resultados da pesquisa foi

feita de forma agregada, não permitindo identificação individual. Nenhuma entrevista com pacientes ou familiares foi feita.

Esta análise de custo parcial aplicou diversos métodos de coleta e análise de dados para custear a permanência hospitalar do paciente vítima de AVC. Os dados foram coletados em julho de 2020, por três enfermeiras auditoras, sendo posteriormente validados por amostragem pelos autores. O custeio foi feito de acordo com a abordagem de sete etapas do TDABC (KAPLAN; PORTER, 2011; Keel *et al.*, 2017), detalhados a seguir.

Coleta e análise de dados

Etapa 1: seleção da condição médica

Foram incluídos todos os pacientes internados com diagnóstico de AVC no Hospital A, no período compreendido entre 1º de outubro de 2019 e 28 de fevereiro de 2020. A pesquisa considerou como “paciente com diagnóstico de AVC”, as admissões hospitalares cadastradas sob codificação “03.03.04.014-9 - Tratamento de Acidente Vascular Cerebral - AVC (isquêmico ou hemorrágico agudo)”, da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (SIGTAP-SUS). Dos 60 pacientes inicialmente identificados junto ao sistema de cadastro hospitalar, 26 foram excluídos por não terem o diagnóstico inicial confirmado durante a internação, formando-se, a amostra final, com um total de 34 pacientes (18 homens e 16 mulheres).

Etapa 2: Definição da cadeia de valor em saúde

Uma cadeia de valor em saúde deve ser entendida de forma abrangente, incluindo complicações e comorbidades comuns associadas às condições estudadas. Kaplan e Porter (2011) sugerem considerar, para condições crônicas como o AVC, um ciclo de cuidados que englobe um período de 12 meses. Considerando a fragmentação assistencial e a carência de sistemas de dados informatizados, estruturados e unificados em nosso meio, manter observância rigorosa aos requisitos envolvidos na aplicação do TDABC inviabilizaria a estimativa de custos pretendida nesta pesquisa. Desta forma, foram consideradas as atividades realizadas ao longo da internação hospitalar do paciente vítima de AVC. Uma possível contribuição deste trabalho foi a capacidade de estimar custos através do método, mesmo na ausência de uma cadeia assistencial de valor padronizada.

Etapa 3: Desenvolvimento de mapas de processos

Um desenho inicial do trajeto de cuidado foi feito, tendo por base linhas de atendimento protocoladas em literatura (POWERS *et al.*, 2019; HEMPHILL *et al.*, 2015). O time de pesquisa se reuniu com o coordenador médico da equipe de neurologia para adequar o desenho da via de cuidados à realidade fática. Mapas de processo foram, assim, gerados ao longo de uma série de etapas de desenvolvimento e validação conjunta. As informações obtidas foram tabuladas em planilhas de Microsoft Excel® para facilitar a coleta de dados de tempo e análise dos dados.

Etapa 4: Obtenção de estimativas de tempo

A partir do mapa de processos, os tempos médios das atividades foram obtidos através dos registros em prontuários hospitalares e anotações administrativas. Quando isso não foi possível, foram estimados por meio de entrevistas com equipe assistencial e observações diretas. Os dados foram posteriormente revelados ao coordenador da neurologia para validação final.

Etapa 5: Estimação do custo dos insumos e recursos humanos

As informações de custo foram fornecidas pelo Setor de Recursos Humanos e Setor de Custos Hospitalares. Os preços dos medicamentos e insumos foram fornecidos pela Central de Abastecimento Farmacêutico e os dados referentes aos medicamentos não padronizados foram providos pela Unidade de Licitações, conforme pregões eletrônicos vigentes. Para medicamentos não padronizados e não cotados em pregão, foi aplicado o Preço Máximo ao Consumidor (PMC) da tabela da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (CMED/ANVISA), com data de referência de 03/08/2020.

Etapa 6: Estimação das taxas de custo de capacidade dos recursos

Taxa de custo de capacidade (CCR) é o resultado da divisão do custo de um recurso por sua capacidade prática, isto é, pelo tempo efetivamente disponível para a assistência. A capacidade prática, ao ajustar a capacidade teórica para abranger apenas o tempo realmente disponível para o cuidado direto ao paciente, aumenta a precisão da estimativa de custos. Para contabilizar a ociosidade esperada, Kaplan e Anderson (2004) sugerem um ajuste fixo da capacidade teórica (tempo que cada recurso ou funcionário estava disponível para o trabalho, em cada ano). Neste estudo, aplicou-se o ajuste de 80%, segundo os propositores do método e outros estudos envolvendo a aplicação do TDABC na área de saúde (AKHAVAN; WARD; BOZIC, 2016; GAO; LIU; LI, 2013; LEUNG, 2013; DEMEERE; STOUTHUYSEN; ROODHOOFT, 2009; KAPLAN; ANDERSON, 2004). Usando as estimativas de capacidade prática e os custos dos recursos obtidos na Etapa 5, as CCRs foram calculadas através da equação 1. As atividades operacionais, disponibilidade da equipe médica e disponibilidade de equipamentos e estrutura foram consideradas de acordo com o tempo consumido em cada atividade. Os exames, medicamentos e materiais consumíveis foram avaliados conforme respectivos volumes e agregados como custo direto.

$$\text{Taxa de custo de capacidade} = \frac{\text{Custo da capacidade fornecida}}{\text{Capacidade prática dos recursos fornecidos}} \quad (1)$$

Etapa 7: Cálculo do custo total

O custo estimado de cada atividade foi calculado a partir das CCRs e tempos de utilização dos recursos. Custos variáveis de outros recursos diretos, como medicamentos e exames, foram adicionados para cálculo do custo final. As equações de tempo refletem o método e estimam o custo total do atendimento através da multiplicação das taxas de custo de capacidade de cada recurso usado na assistência ao paciente pela quantidade de tempo despendida do respectivo recurso. A soma dos custos de todos os processos envolvidos produz o custo total ou final do atendimento ao paciente (equação 2). O cálculo do custo total foi realizado através de uma matriz em Excel® com cada linha representando uma atividade e cada coluna um recurso. As células foram preenchidas com as estimativas de tempo e a CCR inserida para simplificar o processo de cálculo (ETGES *et al.*, 2019a).

$$C = \sum \beta_i * CCR_i + y = (\beta_1 * CCR_1 + \dots + \beta_n * CCR_n) + y \quad (2)$$

Onde:

C: custo total

β_1 : tempo da atividade/recurso 1

CCR₁: taxa de custo de capacidade atividade/recurso 1

β_2 : tempo da atividade/recurso 2

CCR₂: taxa de custo de capacidade atividade/recurso 2

n: número da atividade/recurso

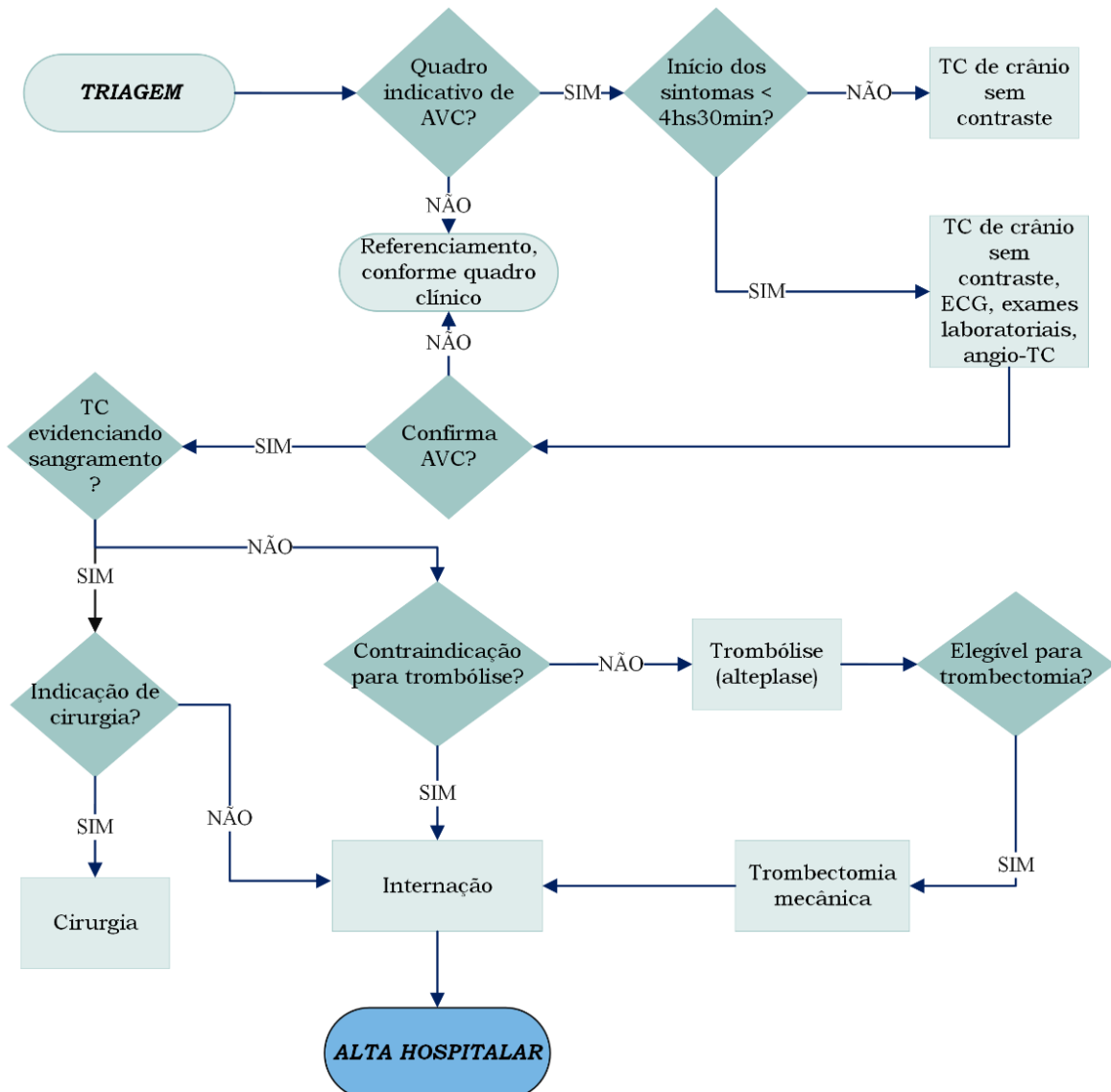
y: custos diretos

As estimativas de custo são apresentadas na moeda brasileira (Real) e equivalentes em dólar norte-americano, aplicando taxa de conversão média do período amostral (outubro de 2019 a fevereiro de 2020), segundo Banco Central do Brasil (USD 0,24 = R\$ 1).

RESULTADOS

Após etapas de elaboração e validações, o mapa de processos foi organizado em formato de fluxograma (Visio®), conforme representado na figura 1.

Figura 1 — Mapeamento da internação hospitalar do paciente vítima de AVC



O percurso assistencial avaliado neste trabalho incluiu as atividades realizadas em quatro estruturas hospitalares distintas (macroetapas): Setor de Emergência, Unidade de internação (Enfermaria), Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) e Bloco Cirúrgico.

As frequências médias dos exames realizados durante a internação são apontadas na tabela 1. O quadro 1 mostra as atividades, recursos humanos relacionados e respectivas frequências por internação.

As estimativas de tempo obtidas e validadas estão registradas nas tabelas 2 (recursos de mão de obra) e 3 (recursos de estrutura). O hospital A possui regime de contratação misto. Assim, algumas classes profissionais atuam sob mais de um tipo de contrato, com valores e cargas horárias diversas. Para estes profissionais, o estudo considerou a média ponderada dos diferentes regimes de contratação aplicáveis como custo final. Os custos, capacidades teóricas e práticas de cada recurso são mostrados nas tabelas 4 (mão de obra) e 5 (estrutura). Os custos dos exames, providos pelo setor de radiologia e propedêutica cardiológica se encontram na tabela 6.

Tabela 1 — Frequências médias dos exames realizados na internação hospitalar do paciente vítima de AVC

Exames	Média por paciente
Angiorressonância	0,79
Angiotomografia	0,06
Arteriografia	0,06
Doppler	0,26
ECG	0,44
Ecocardiograma	0,76
Holter	0,38
Ressonância	1,09
Tomografia	1,41

Quadro 1 - Atividades, recursos humanos e frequências na internação hospitalar do paciente vítima de AVC

Atividades	Recursos humanos	Frequência média/ internação
Cadastro	Recepcionista	1
Avaliação neurologista	Médico neurologista	11
Avaliação médica	Médicos outras especialidades	4,77
Avaliação enfermagem	Enfermeiro	6,47
Cuidados enfermagem	Técnico de Enfermagem	20,38
Sessões com equipe multidisciplinar	Fonoaudiologia	3,18
	Fisioterapia	3,56
	Nutricionista	0,94
	Psicologia	0,24
Atendimento Serviço Social	Assistente Social	0,26
Farmácia	Farmacêutico	0,74
Cirurgia	Neurocirurgião	0,12
	Anestesiologista	0,06
	Enfermeiro	0,03
	Técnico de Enfermagem	0,03

Tabela 2— Estimativas de tempo da mão de obra na internação hospitalar do paciente vítima de AVC

Recurso	Tempo médio de atendimento (min)
Anestesiologista (procedimento cirúrgico)	380
Assistente Social	40
Enfermeiro	41,3
Farmacêutico	51,7
Fisioterapia	39,1
Fonoaudiologia	58,3
Neurocirurgião (procedimento cirúrgico)	380
Neurologista	40
Nutricionista	46,7
Outras espec. médicas	40
Psicologia	48,9
Recepcionista	20
Técnico Enfermagem	31,9

A capacidade prática, estimada como 80% da capacidade teórica de cada recurso, foi utilizada no cálculo de custo de capacidade de cada recurso (CCRs). Para a estrutura, considerou-se, além do tempo, o número de leitos (emergência, enfermaria e UTI) ou salas (centro cirúrgico). As tabelas 7 e 8 trazem as CCRs estimadas.

Tabela 3 — Média de permanência por estrutura hospitalar na internação hospitalar do paciente vítima de AVC

Setor	Emergência	UTI	Enfermaria	Bloco Cirúrgico
Média de permanência (min)	9.394	994	5.313	11
Média de permanência (hs)	156,57	16,57	88,55	0,18

Tabela 4 — Custo, capacidade teórica e capacidade prática de mão de obra na internação hospitalar do paciente vítima de AVC

Profissional	Custo mensal	Custo anual	Horas de trabalho/semana	Capacidade teórica anual (hs)	Capacidade prática/ano (hs) (capacidade teórica - 20%)
Assistente Social	R\$ 10.147,20	R\$ 121.766,40	40	2080	1.664
Enfermeiro A	R\$ 14.995,38	R\$ 179.944,61	30	1560	1.248
Enfermeiro B	R\$ 15.417,72	R\$ 185.012,59	36	1872	1.497,6
Farmacêutico A	R\$ 16.644,49	R\$ 199.733,88	40	2080	1.664
Farmacêutico B	R\$ 14.087,11	R\$ 169.045,33	40	2080	1.664
Fisioterapeuta A	R\$ 18.123,67	R\$ 217.484,04	40	2080	1.664
Fisioterapeuta B	R\$ 10.880,80	R\$ 130.569,62	30	1560	1.248
Fonoaudiólogo A	R\$ 18.123,67	R\$ 217.484,04	40	2.080	1.664
Fonoaudiólogo B	R\$ 10.880,80	R\$ 130.569,62	30	1.560	1.248
Médico A	R\$ 15.376,02	R\$ 184.512,26	24	1.248	998,4
Médico B	R\$ 20.301,80	R\$ 243.621,59	24	1.248	998,4
Nutricionista	R\$ 13.133,28	R\$ 157.599,37	40	2.080	1.664
Psicólogo	R\$ 16.436,27	R\$ 197.235,90	40	2.080	1.664
Recepcionista	R\$ 1.967,30	R\$ 23.607,60	40	2.080	1.664
Técnico de enfermagem A	R\$ 8.860,57	R\$ 106.326,86	36	1.872	1.497,6
Técnico de enfermagem B	R\$ 8.009,56	R\$ 96.114,76	26	1.352	1.081,6

Tabela 5 — Custo, capacidade teórica e capacidade prática de estrutura na internação hospitalar do paciente vítima de AVC

Recurso	Custo anual (R\$)	nº leitos/ salas	Capacidade semanal teórica (hs)	Capacidade anual teórica (hs)	Capacidade semanal prática (hs) (capacidade teórica - 20%)
Emergência	R\$ 2.007.685,83	78	168	8.736	6.988,8
Enfermaria	R\$ 209.643,46	20	168	8.736	6.988,8
UTI	R\$ 393.765,67	12	168	8.736	6.988,8
Bloco Cirúrgico	R\$ 1.420.353,74	10	60	3.120	2.496

Tabela 6 — Custo unitário dos exames na internação hospitalar do paciente vítima de AVC

Exames	Custo unitário
Angiorressonância	R\$ 247,35
Angiotomografia	R\$ 76,32
Arteriografia	R\$ 2.895,89
Doppler	R\$ 35,19
ECG	R\$ 151,87
Ecocardiograma	R\$ 34,79
Holter	R\$ 108,93
Ressonância	R\$ 247,35
Tomografia	R\$ 75,79

O custo TDABC final estimado da internação hospitalar do paciente vítima de AVC foi de R\$ 7.067,50 (USD 1.698,28), com uma permanência média de 10,9 dias e custo médio diário de R\$ 648,39 (USD 155,80). O custo de mão de obra representou 63% do total da internação, com os honorários médicos respondendo por quase a metade desta quantia (49%), seguidos pelos técnicos de enfermagem (19,4%) e enfermagem (13,4%). Os atendimentos da equipe multidisciplinar corresponderam a pouco mais de 18% do custo total de mão de obra, sendo as sessões de fonoaudiologia (45%) e fisioterapia (33,6%) as mais preponderantes. Os custos variáveis de materiais, medicamentos e exames foram adicionados de forma direta para cálculo do custo final e se encontram descritos na tabela 9. A composição de custos da amostra é mostrada no gráfico 1.

Tabela 7 — Taxa de custo da capacidade (CCR) da mão de obra na internação hospitalar do paciente vítima de AVC

Profissional	CCR (R\$/hora)	CCR (R\$/min)
Assistente Social	R\$ 73,20	R\$ 1,22
Enfermeiro	R\$ 133,80	R\$ 2,23
Farmacêutico	R\$ 111,00	R\$ 1,85
Fisioterapeuta	R\$ 117,60	R\$ 1,96
Fonoaudiólogo	R\$ 117,60	R\$ 1,96
Médico	R\$ 214,20	R\$ 3,57
Nutricionista	R\$ 94,80	R\$ 1,58
Psicólogo	R\$ 118,80	R\$ 1,98
Recepcionista	R\$ 14,40	R\$ 0,24
Técnico de enfermagem	R\$ 79,80	R\$ 1,33

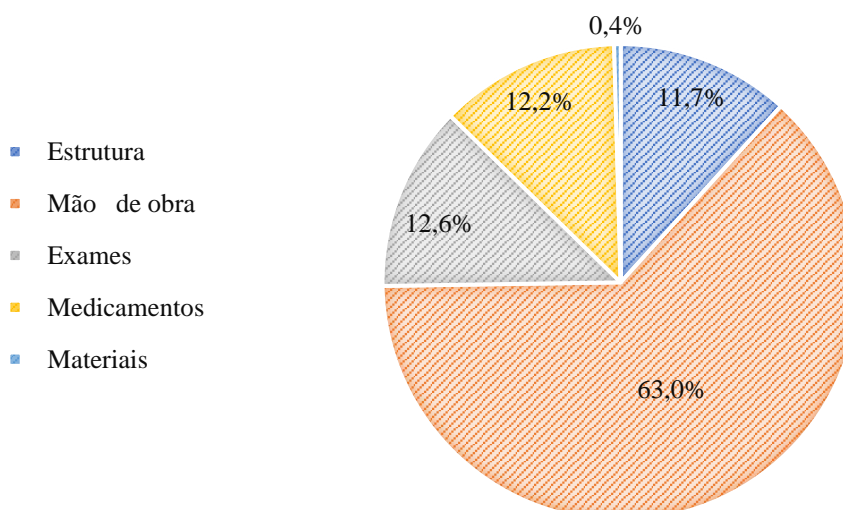
Tabela 8 — Taxa de custo de capacidade (CCR) de estrutura na internação hospitalar do paciente vítima de AVC

Recurso	CCR (\$/leito-hora)	CCR (\$/leito-min)
Emergência	R\$ 3,68	R\$ 0,06
Enfermaria	R\$ 1,50	R\$ 0,02
UTI	R\$ 4,70	R\$ 0,08
Bloco Cirúrgico	R\$ 56,91	R\$ 0,95

Tabela 9 — Custos variáveis na internação hospitalar do paciente vítima de AVC

Medicamentos	Materiais	Exames
R\$ 865,00	R\$ 31,34	R\$ 887,60

Gráfico 1 — Composição dos custos da amostra global na internação hospitalar do paciente vítima de AVC



Em relação à permanência nos setores hospitalares, os pacientes da amostra permaneceram a maior parte de suas internações no setor de Emergência (60% do tempo total). Na enfermaria e UTI, ficaram, em média, 34% e 6% da permanência hospitalar, respectivamente. Infere-se que isso decorra de provável insuficiência de leitos disponíveis para internação hospitalar (enfermaria e UTI), acarretando prolongamento das estadias no setor de Emergência (gráfico 2). Os exames representaram 12,6% dos custos, sendo as ressonâncias magnéticas e tomografias responsáveis pela maior parte (65%) deste valor (gráfico 3).

Gráfico 2 — Tempo de permanência por setor hospitalar na internação hospitalar do paciente vítima de AVC

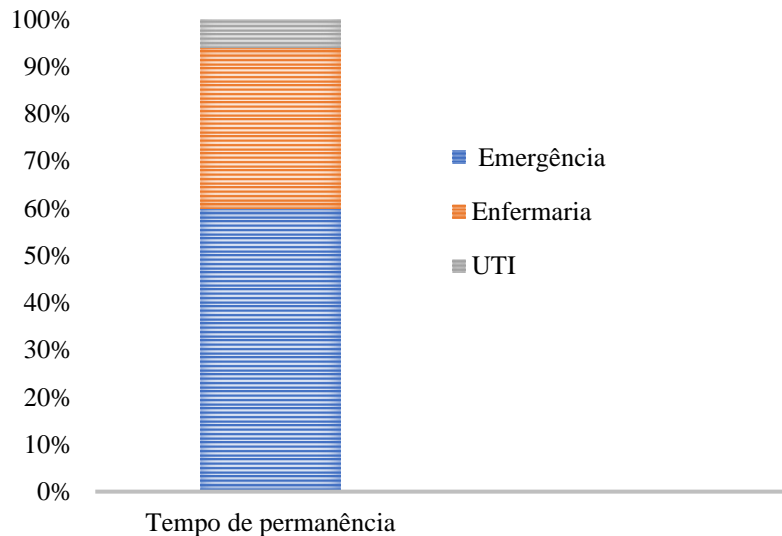
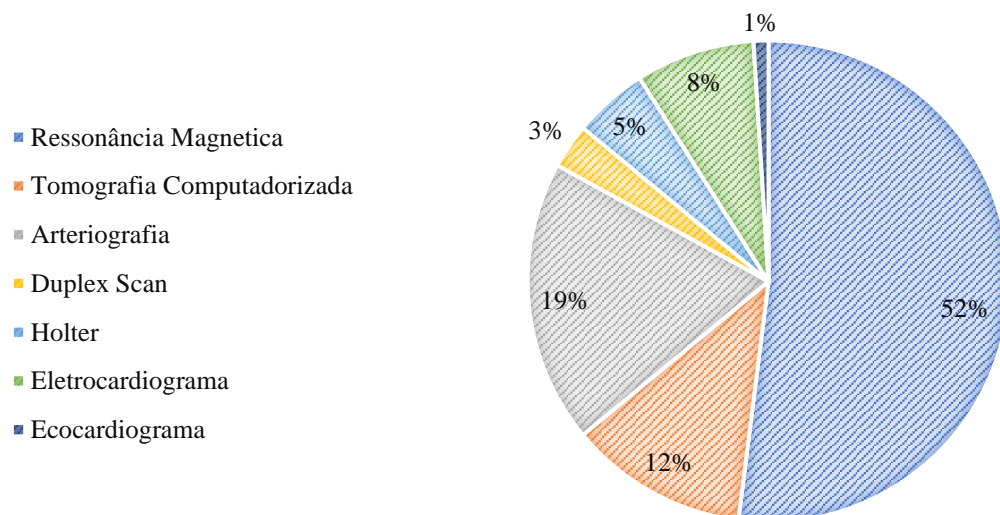


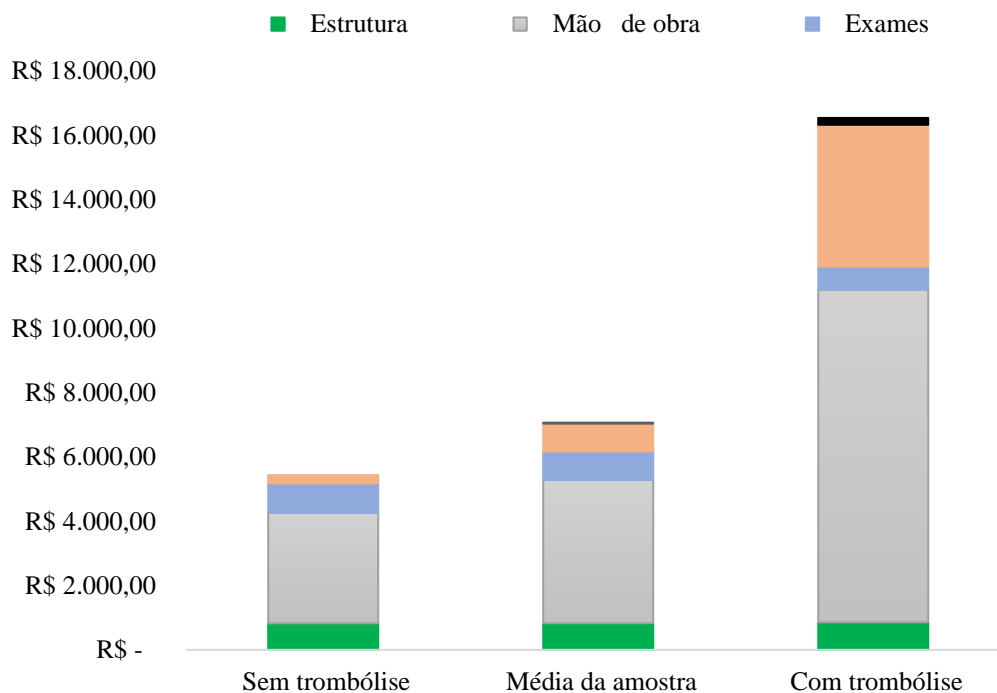
Gráfico 3 — Composição de custos dos exames na internação hospitalar do paciente vítima de AVC



Cerca de 90% da amostra apresentava, pelo menos, uma comorbidade conhecida. Pacientes com duas ou mais comorbidades apresentaram tempo de internação 63% maior (12,4 dias) do que aqueles com uma ou nenhuma condição patológica associada (7,6 dias). Neste trabalho, fatores como idade, sexo e presença de comorbidades não pareceram influenciar o custo médio das diárias, possivelmente, em decorrência do número amostral reduzido.

Cinco pacientes (15%) receberam trombólise medicamentosa com alteplase. A média do custo destes indivíduos foi R\$ 16.715,95 (USD 4.016,74), com média de permanência de 16,3 dias. Os não submetidos a trombólise tiveram custo final estimado de R\$ 5.433,66 (USD 1.305,68) e permanência média de 9,9 dias, resultando em um valor médio diário 47% menor do que os pacientes que receberam alteplase. Um único passou por procedimento cirúrgico, tendo apresentado um custo médio diário 53% maior do que os pacientes não cirúrgicos. Um comparativo da composição dos custos por tipo de tratamento (submetidos e não submetidos à trombólise) são mostradas no gráfico 4.

Gráfico 4 — Composição de custos da internação hospitalar do paciente vítima de AVC - comparativo entre média amostral e tipos de tratamento (com e sem trombólise)



DISCUSSÃO

Este estudo estimou o custo da internação hospitalar do paciente vítima de AVC em um hospital universitário público brasileiro, através do TDABC. O método vem sendo proposto como alternativa às metodologias de custeio tradicionais, prometendo refletir de forma mais acurada o real percurso assistencial de cada paciente individual. A amostra incluiu internações de 34 pacientes com idade média de 62 anos. A média de permanência hospitalar (10,9 dias) foi similar àquelas encontradas em outros estudos brasileiros (SAFANELLI *et al.*, 2019; CHRISTENSEN *et al.*, 2009). Metade da amostra recebeu, pelo menos, um atendimento com fonoaudiólogo; 59%, com fisioterapeuta; 15% e 12%, com nutricionista e psicólogo, respectivamente.

O custo da internação hospitalar do paciente vítima de AVC estimado neste estudo foi de R\$ 7.067,50 (cerca de USD 1.698,28). O pioneiro estudo de Christensen e colaboradores (2009), que também investigou os custos do tratamento hospitalar do AVC pela perspectiva pública, chegou a valores médios aproximados de USD 2.000,00. Safanelli e colaboradores (2019) estimaram valores ainda mais altos (cerca de USD 4.700,00), mas o estudo incluía em sua amostra número maior de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos, bem como à tromboectomia mecânica, sabidamente associados a substancial incremento de custos. Artigo de Neves e colaboradores (2002), que precificou os recursos assistenciais conforme valores da

tabela SUS, detectou custo médio por internação de USD 2.984,53¹, entretanto, incluiu amostra reduzida (20 pacientes), com grande percentual de pacientes que cursaram com complicações clínicas e/ou neurológicas, resultando em período de internação mais prolongado (75% da amostra com média de permanência de 21 dias). Considerada a média de custo diário (USD 170,54¹), esta foi bastante próxima à da presente pesquisa (USD 155,80). Estudo de Lima e colaboradores (2021), também tendo por base valores da tabela SUS, encontraram média de custos pouco superior a R\$ 1.200,00, referentes a 44.877 internações hospitalares ocorridas em 2019, com um período médio de permanência pouco inferior ao da presente pesquisa (7,5 dias), refletindo provável insuficiência dos valores de ressarcimento feitos pelos SUS aos hospitais. Assim, é possível inferir pela dificuldade de estruturação e manutenção de centros especializados em AVC, considerando apenas os valores de reembolso da tabela SUS.

Os percursos assistenciais dos pacientes com diagnóstico de AVC através dos sistemas de saúde são caracterizados pela alta variação e alta frequência (OCDE, 2019), e a amostra incluída neste trabalho não foi exceção. O estudo detectou relevante diversidade de vias possíveis para pacientes sob um mesmo diagnóstico, refletindo falta de homogeneidade entre os percursos assistenciais, que pode ser explicada, em parte, por diferenças nas características individuais, dificuldades estruturais (indisponibilidade de leitos e/ou recursos), condutas assistenciais não protocoladas e padronizadas e prática ainda "artesanal" da medicina.

O TDABC é bastante elogiado nos estudos publicados, principalmente por sua precisão e simplicidade. A experiência deste estudo refletiu o descompasso existente entre nosso sistema de saúde e a necessidade de entrega de valor ao paciente. A natureza fragmentada da assistência, associada ainda aos requisitos de dados acerca do ciclo de atendimento de cada paciente, dificulta a aplicação do TDABC em condições pouco padronizadas e crônicas como o AVC. Para viabilizar a aplicação, foi necessária uma modificação da segunda etapa do método, passando da definição de ciclo de cuidado padronizado e amplo para uma caracterização não padronizada, tal como ocorre na prática, e limitada pela disponibilidade de dados. Como já dito, idealmente, um ciclo de cuidado deve incorporar amplamente todas as atividades envolvidas no tratamento da condição médica estudada, incluindo, por exemplo, reinternações, atendimentos de emergência, complicações e, até mesmo, cuidados primários prévios ou posteriores. Isso ainda não foi alcançado na literatura publicada para pacientes vítimas de AVC, permanecendo como desafio para pesquisas futuras. Definir um ciclo de atendimento que abranja de forma ampla o caminho assistencial de cada paciente é, claramente, uma barreira a ser vencida no contexto de uma condição médica que requer cuidados coordenados para tratamento de circunstâncias inter-relacionadas do paciente, incluindo complicações e comorbidades. Condições com a complexidade do AVC dificultam o estabelecimento de percursos mais homogêneos e previsíveis, algo desejável na implementação do TDABC.

Outro desafio enfrentado foi a mensuração dos tempos das atividades. O desenvolvimento do mapeamento de atividades e coletas de tempo consome muitos recursos, como apontam alguns autores (CARDINAELS; LABRO, 2008; HOOZEE; VERMEIRE; BRUGGEMAN, 2012). Medir o tempo gasto em atividades é algo complexo, particularmente no ambiente hospitalar, onde as tarefas apresentam ampla variabilidade, principalmente na sala de emergência. Do ponto de vista clínico, as manifestações e a evolução do AVC podem ser diversas a depender do estado clínico de cada paciente. Além disso, alguns procedimentos podem se prolongar conforme características individuais dos doentes e/ou experiência da equipe médica e não-médica. Em suma, grau de complexidade (condição do paciente) e de

¹ Valor atualizado para dezembro de 2019, conforme *Consumer Price Index*.

competência (qualificação da equipe) devem ser levados em consideração, algo não abordado pelo método.

Outros fatores impactam os tempos das atividades, como problemas na comunicação entre os diversos profissionais envolvidos na assistência ao paciente e coordenação entre as unidades médicas inseridas no percurso assistencial. Exemplificando, em caso de indisponibilidade de pessoal ou equipamentos para transporte entre setores hospitalares ou inexistência de leitos vagos para internação (enfermaria, UTI), criam-se filas de pacientes para serem transferidos, exigindo assistência em estrutura diversa daquela, em tese, otimizada para o cuidado necessário, assim como restrição de admissão de novos entrantes no setor de Emergência, ocupado por doentes aguardando leito para internação. O TDABC permitiu visualização destes problemas no nível de cada paciente individual, logo, possibilita proposição de melhorias processuais. Um exemplo concreto desta pesquisa, a indisponibilidade de vagas em unidades de internação fez com que os pacientes permanecessem por longos períodos no setor de Emergência, tendo alguns, inclusive, atingido estabilidade clínica e recebido alta do próprio setor, sem passar por leito de enfermaria ou UTI. A permanência na Emergência de pacientes passíveis de serem cuidados em leito de Enfermaria representa incremento de custo potencialmente evitável, considerando o valor de estrutura quase três vezes mais alto da Emergência em relação à Enfermaria, verificado neste estudo.

A exemplo de outras condições médicas, no AVC, a indisponibilidade de recursos gera gastos futuros em toda a trajetória assistencial, como maior tempo de internação, maior risco de reinternações e maior necessidade de cuidados de reabilitação. O TDABC, nesse sentido, abre perspectivas importantes. Estudos futuros investigando a evolução dos pacientes no pós-alta podem revelar custos no longo prazo muito mais altos para o doente e para todo o sistema de saúde em caso de insuficiência de alguns recursos. Exemplificando, o início precoce de terapias voltadas à reabilitação, como sessões de fisioterapia e fonoaudiologia, permite que o paciente recupere sua autonomia mais rapidamente, assim como se associa à menor permanência hospitalar (POWERS *et al.*, 2019; WINSTEIN *et al.*, 2017; KOSSE *et al.*, 2013; MANAGEMENT OF STROKE REHABILITATION WORKING GROUP, 2010). Estas sessões, que nem sempre são realizadas por falta de recursos, têm um custo baixo em comparação com os benefícios e despesas futuras com reabilitação e tratamento de complicações.

Para ser implementado de forma mais simples e célere, o TDABC requer infraestrutura de dados organizada e integrada, algo não verificado na realidade desta pesquisa. Além da carência de sistemas informatizados, as anotações em prontuários se mostravam, por muitas vezes, insuficientes, ilegíveis ou até mesmo ausentes, dificultando a coleta de dados e comprometendo os dados de entrada para o custeio. Assim, acesso limitado às informações, dificuldades com a interpretação e discrepâncias do conjunto de dados foram identificados como problemas relevantes para a implementação adequada da metodologia, algo que pode afetar a disseminação do TDABC. Sistemas totalmente informatizados, unificados e/ou integrados em bases de dados abrangentes, permitirão análises capazes de extrapolar os limites de um hospital, para qualquer combinação de multimorbidades. Tal infraestrutura será capaz de permitir acompanhamento focado no paciente, em seu trajeto clínico individual, não determinado ou limitado a qualquer estrutura física.

CONCLUSÕES

O AVC representa um desafio para as políticas de saúde. Considerando a limitação do financiamento público, as necessidades e expectativas da população, é fundamental produzir informações de custo sobre esta relevante patologia, assim como desenvolver ferramentas gerenciais capazes de gerar valor aos pacientes e, ao mesmo tempo, controlar custos e

melhorar processos assistenciais. O método proposto por Kaplan e Anderson (2004), refinado por Kaplan e Porter (2011) para aplicação na área da saúde, parece responder a esta demanda ao fornecer uma sistemática alternativa de estimativa de custos e recomendar discussões sobre valor no contexto assistencial.

Esta pesquisa, limitada à etapa de atendimento hospitalar do AVC, demonstrou ser possível a implementação do método TDABC para estimar custos de uma doença crônica, mesmo na ausência de uma cadeia de valor assistencial padronizada. Outro ponto forte notado, é o fato de o método ser mais facilmente compreensível, podendo despertar o interesse dos profissionais de saúde em relação à gestão de custos. O custeio baseado em atividades e tempo pode apontar ineficiências (por exemplo, indisponibilidade de recursos) associadas a custos futuros muito maiores (por exemplo, acompanhamento e reabilitação de pacientes, reinternações, maior tempo permanência etc.). O método também deixa clara a necessidade de uma boa comunicação e cooperação entre os diferentes setores envolvidos no atendimento ao paciente, podendo ajudar na integração das equipes, evitando gargalos e melhorando a gestão e a experiência do paciente. Entretanto, cabe considerar que a implementação do TDABC requer mobilização significativa de recursos. Exigiu um trabalho prévio expressivo para estabelecer o mapeamento das atividades, dada a pluralidade de caminhos possíveis para uma mesma patologia. Apesar dos desafios enfrentados, os resultados obtidos abrem novas perspectivas de pesquisa, como comparações entre diferentes serviços, entre diferentes métodos de custeio, custeio de outras condições e tecnologias, avaliação de desfechos etc.

Persistência, envolvimento da equipe assistencial e infraestrutura de dados integradas são essenciais para a implementação do TDABC. Apesar das limitações e da relativa complexidade na implementação do método, o TDABC permitiu avaliar os processos, entender melhor a formação dos custos ao nível de cada paciente individual, sendo valiosa ferramenta gerencial, capaz de apoiar, de forma mais assertiva, os gestores nos processos de tomada de decisão.

REFERÊNCIAS

- ABRAMCZUK, B; VILELA, E. A luta contra o AVC no Brasil. **ComCiência**, n. 109, 2019. Disponível em: http://comciencia.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-76542009000500002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 12 dez. 2021.
- AILLÓN, H.S. **A desinstitucionalização do custeio baseado em atividades sob a ótica da nova sociologia institucional**. Orientador: Dr. Wellington Rocha. 2013. 152 p. Dissertação (Mestrado em Ciências Contábeis) - Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, 2013. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/12/12136/tde-03122013-185312/pt-br.php>. Acesso em: 3 fev. 2021.
- AKHAVAN, S.; WARD, L.; BOZIC, K.J. Time-driven Activity-based Costing More Accurately Reflects Costs in Arthroplasty Surgery. **Clin Orthop Relat Res**, v. 474, n. 1, p. 8-15, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25721575/>. Acesso em 12 dez. 2021.
- BARBOSA, E. *et al.* A systematic review of the cost-effectiveness of emergency interventions for stroke in low- and middle-income countries. **Afr J Emerg Med.**, v. 10, n. 17, ed. 24, p. S90-S94. 2020. Disponível em: doi:10.1001/jama.2017.15927. Acesso em: 3 fev. 2021.
- BLANSKI, M.B.S.; SILVA, C.L.; OLIVEIRA, A.G. **Sistemas de custeio na gestão hospitalar**. 22ª. ed. Curitiba: UTFPR, 2015. ISBN 978-85-7014-142-2.

BLASCHKE B.L. *et al.* Time-Driven Activity-Based Costing: A Better Way to Understand the Cost of Caring for Hip Fractures. **Geriatr Orthop Surg Rehabil.**, v. 11, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32974078/>. Acesso em: 22 jan. 2022.

BRAININ, M. *et al.* Global prevention of stroke and dementia: the WSO Declaration. **Lancet Neurol**, v. 19, n. 6, p. 487- 488, jun. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32470419/>. Acesso em 11 jan. 2021.

CARDINAELS, E.; LABRO, E. On the determinants of measurement error in time-driven costing. **The Accounting Review**, v. 83, n. 3, p. 735-756, 2008. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/30244499>. Acesso em: 30 abr. 2021.

CASNOVSKY, L. *et al.* Does Implant Selection Affect the Inpatient Cost of Care for Geriatric Intertrochanteric Femur Fractures? **Geriatr Orthop Surg Rehabil.**, v. 11, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32995066/>. Acesso em: 22 jan. 2022.

CHRISTENSEN, M.C. *et al.* Acute treatment costs of stroke in Brazil. **Neuroepidemiology**, v. 32, n. 2, p.142-149, 2009. Disponível em: <https://www.karger.com/Article/Abstract/184747>. Acesso em: 12 jun. 2021.

COOPER, R.; KAPLAN, R.S. Measure Costs Right: Make the Right Decisions. **Harvard Business Review**, v. 66, n. 5, p. 96-103, 1988. Disponível em: <https://hbr.org/1988/09/measure-costs-right-make-the-right-decisions>. Acesso em: 30 jan. 2021.

COPPESS, S. *et al.* A pilot study assessing clinic value in pediatric pharyngeal dysphagia: The OPSS/cost method. **Laryngoscope**, v. 129, n. 7, p. 1527-1532, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30284270/>. Acesso em: 14 jun. 2021.

DANTAS, L.F. *et al.* Public hospitalizations for stroke in Brazil from 2009 to 2016. **PLoS One**, v. 14, n. 3, e0213837, 2019. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0213837>. Acesso em: 5 jan. 2022.

DEMEERE, N.; STOUTHUYSEN, K.; ROODHOOFT, F. Time-driven activity-based costing in an outpatient clinic environment: development, relevance, and managerial impact. **Health Policy**, v. 92, p. 296-304, 2009. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0168851009001316>. Acesso em: 10 jun. 2021.

DOYLE, G. *et al.* Patient level cost of diabetes self-management education programmes: an international evaluation. **BMJ Open**, v. 4, n. 7, p. e013805, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28583913/>. Acesso em: 09 set. 2021.

DUTTA, S.W. *et al.* Time-driven activity-based cost comparison of prostate cancer brachytherapy and intensity-modulated radiation therapy. **Brachytherapy**, v. 17, n. 3, p. 556-563, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29519605/>. Acesso em: 27 jan. 2021.

ETGES, A.P.B.S. *et al.* An 8-step framework for implementing time-driven activity-based costing in healthcare studies. **The European Journal of Health Economics**, v. 20, p. 1133-1145, 8 jul. 2019a. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10198-019-01085-8>. Acesso em: 23 jul. 2020.

ETGES, A.P.B.S. *et al.* Estudos de Microcusteio aplicados a avaliações econômicas em saúde: uma proposta metodológica para o Brasil. **J Bras Econ Saúde**, v. 11, n. 1, p. 87-95, 2019b. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1005738>. Acesso em: 23 jul. 2020.

ETGES, A. P. B. S. *et al.* Advances in Value-Based Healthcare by the Application of Time-Driven Activity-Based Costing for Inpatient Management: A Systematic Review. **Value Health**, v. 23, n. 6, p. 812–823, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jval.2020.02.004>. Acesso em: 21 jan. 2021.

ETGES, A. P. B., *et al.* A Standardized Framework for Evaluating Surgical Enhanced Recovery Pathways: A Recommendations Statement from the TDABC in Health-care Consortium. **Journal of Health Economics and Outcomes Research**, v. 8, n. 1, p. 116-124, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34222551/>. Acesso em: 20 dez. 2021.

GAO, N.N.; LIU, Z.X.; LI, Y.F. **Estimating the Hidden Costs of Operating Room with Time-Driven Activity-Based Costing**. In: QI, E.; SHEN, J.; DOU, R. (ed.). International Conference on Industrial Engineering and Engineering Management. Berlin: Springer, 2013. Disponível em: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-642-38433-2_10. Acesso em: 10 jun. 2021.

GBD 2019 STROKE COLLABORATORS. Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. **Lancet Neurol.**, v. 20, n. 10, p. 795-820, 2021. Disponível: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8443449/>. Acesso em: 10 jan. 2022.

HAAS, D.A.; KAPLAN, R.S. Variation in the cost of care for primary total knee arthroplasties. **Arthroplasty Today**, v. 3, p. 33-37, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.artd.2016.08.001>. Acesso em 18 jan. 2021.

HANSEN, D.R.; MOWEN, M.M. **Managerial Accounting**. 8 ed.: Thomson, 2007. 866 p.

HAUSER, C. *et al.* An Application of Time-Driven Activity-Based Costing in an Interventional Radiology Practice. **J Am Coll Radiol.**, v. 17, n. 8, p. 1029-1033, 2020. Disponível: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32360527/>. Acesso em: 30 jan. 2022.

HEMPHILL, J.C. *et al.* A Guideline for Healthcare Professional from the American Heart Association/American Stroke Association. **Stroke**, v.46, n. 7, p. 2032-2060, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26022637/>. Acesso em: 9 set. 2021.

HOOZÉE, S.; VERMEIRE, L.; BRUGGEMAN, W. The impact of refinement on the accuracy of time-driven ABC. **Abacus**, v. 48, n. 4, p. 439–472, 2012. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1467-6281.2012.00366.x>. Acesso em 10 dez. 2021.

HORNGREN, C.T.; DATAR, S.M.; RAJAN, M.V. **Cost Accounting: A Managerial Emphasis**. 14 ed. Prentice Hall, 2012. 892 p.

HRIFACH, A.; BRAULT, C.; COURAY-TARGE, S. *et al.* Mixed method versus full top-down microcosting for organ recovery cost assessment in a French hospital group. **Health Econ Rev**, v. 6, n. 1, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5126031/>. Acesso em: 30 jan. 2021.

JAUCH E.C. *et al.* Strategies for improving outcomes in the acute management of ischemic stroke in rural emergency departments: a quality improvement initiative in the Stroke Belt. **Open Access Emerg Med.**, v. 10, p. 53-59, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29805271/>. Acesso em: em: 3 fev. 2021.

KAPLAN, R.S.; ANDERSON, S.R. **Time-Driven Activity-Based Costing: A Simpler and More Powerful Path to Higher Profits**. Boston, MA: Harvard Business Press, v. 1, f. 133, 2007. 266 p.

KAPLAN, R.S.; ANDERSON, S.R. Time-Driven Activity-Based Costing. **Harvard Business Review**, Boston, MA, v. 82, n. 11, p. 131-150, dec. 2004. Disponível em: <https://hbr.org/2004/11/time-driven-activity-based-costing/>. Acesso em: 2 fev. 2021.

KAPLAN, R.S.; PORTER, M.E. The big idea: how to solve the cost crisis in health care. **Harvard Business Review**, Boston, MA, v. 89, n. 9, p. 56-61, 2011. Disponível em: <https://hbr.org/2011/09/how-to-solve-the-cost-crisis-in-health-care>. Acesso em: 1 set. 2020.

KEEL, G. *et al.* Time-driven activity-based costing in health care: A systematic review of the literature. **Health Policy**, v. 121, n. 7, p. 755-763, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.04.013>. Acesso em: 3 set. 2020.

KOSSE, N.M. *et al.* Effectiveness and feasibility of early physical rehabilitation programs for geriatric hospitalized patients: a systematic review. **BMC Geriatr**, v. 12, n. 107, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24112948/>. Acesso em 20 jan. 2022.

LAGIOIA, U.C.T. *et al.* Estudo Sobre Métodos de Custeio Em Instituições Hospitalares. **Anais do Congresso Brasileiro de Custos - ABC**, 2002. Disponível em: <https://anaiscbc.emnuvens.com.br/anais/article/view/2736>. Acesso em: 23 fev. 2021.

LEE, T.H. Care redesign: a path forward for providers. **N Engl J Med**, v. 367, p. 466-472, 2012. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmhpr1204386>. Acesso em: 8 fev. 2020.

LEONCINE, M.; BORNIA, A.C.; ABBAS, K. Sistemática para apuração de custos por procedimento médico-hospitalar. **Produção**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 595-608, 2013. Disponível em: <https://bit.ly/2XaMNqk>. Acesso em: 17 fev. 2018.

LEUNG, R. Restoring America's competitiveness through the health sector: preliminary findings from a time-driven activity-based costing (TDABC) study. In: KEDLA, B.L.; JAIN, S.C. (ed.). **Restoring America's Global Competitiveness through Innovation: New Horizons in International Business series**, 2013. cap. 13, p. 304-315. Disponível em: <https://www.elgaronline.com/view/edcoll/9781781005941/9781781005941.00023.xml>. Acesso em: 10 jun. 2021.

LIMA, D.M.N. *et al.* Uma análise dos custos e internações por acidente vascular cerebral no Nordeste, 2008-2019. **Revista Brasileira de Administração Científica**, v.12, n.1, p.203-212, 2021. Disponível em: <http://doi.org/10.6008/CBPC2179-684X.2021.001.0016>. Acesso em 22 jan. 2022.

MANAGEMENT OF STROKE REHABILITATION WORKING GROUP. Clinical practice guideline for the management of stroke rehabilitation. **J Rehabil Res Dev.**, v. 47, n. 9, p. 1-43, 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21213454/>. Acesso 22 jan. 2022.

MANKIW, N.G. **Principles of economics**. 8th. ed. Boston, MA: Cengage Learning, 2018. 866 p. ISBN 1-305-58512-7.

MARTIN, J.A. *et al.* Using time-driven activity-based costing as a key component of the value platform: a pilot analysis of colonoscopy, aortic valve replacement and carpal tunnel release procedures. **J Clin Med Res.**, v. 10, n. 4, p. 314-320, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29511420/>. Acesso em: 27 jan. 2021.

MARTINS, D. **Custos e orçamentos hospitalares**. São Paulo: Atlas, 2000. 165 p. ISBN 9788522425792.

MARTINS, E. **Contabilidade de Custos**. 11ª. ed. São Paulo: Atlas, 2018. 408 p. ISBN 8597017813.

McBAIN, R.K. *et al.* Rethinking the cost of healthcare in low-resource settings: the value of time-driven activity-based costing. **BMJ Glob Health**, v. 1, n. 3, p. 1-7, nov. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5321372/>. Acesso em: 23 fev. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Programa Nacional de Gestão de Custos**: manual técnico de custos – conceitos e metodologia. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. v. 76. ISBN 85-334-1113-8. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/06_0243_M.pdf. Acesso em: 7 out. 2020.

NEVES, A.C. *et al.* Custos do Paciente com Acidente Vascular Cerebral no Setor de Emergência do Hospital São Paulo. **Rev. Neurociências**, v. 10, n. 3, p. 137-140, 2002. Disponível em: <https://periodicos.unifesp.br/index.php/neurociencias/article/download/10308/7495/>. Acesso em 20 jan. 2022.

NIAZI, S.K. *et al.* Feasibility Study of Three-Phase Implementation of International Consortium for Health Outcomes Measurement Depression and Anxiety Standard Set in an Outpatient Consultation-Liaison Psychiatry Practice. **Psychosomatics**, v. 61, n. 1, p. 8-18, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31648776/>. Acesso em: 17 ago. 2021.

OCDE. **Estudos da OCDE sobre os Sistemas de Saúde**: Brasil 2021. Paris: OECD Publishing, 2021. 221 p. ISBN 978-92-64-86144-2. Disponível em: <https://www.oecd.org/health/estudos-da-ocde-sobre-os-sistemas-de-saude-brasil-2021-f2b7ee85-pt.htm>. Acesso em: 19 jan. 2022.

OCDE. **Health at a Glance 2019**: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>. Acesso em: 19 jan. 2022.

OLIVEIRA, G.M.M. *et al.* Estatística Cardiovascular – Brasil 2020. **Arq Bras Cardiol.**, v. 115, n. 3, p. 308-439, 2020. Disponível em: <https://abccardiol.org/article/estatistica-cardiovascular-brasil-2020/>. Acesso em: 10 jan. 2022.

OLIVEIRA, G.M.M. *et al.* Estatística Cardiovascular – Brasil 2021. **Arq Bras Cardiol.**, v. 118, n. 1, p. 115-373, 2022. Disponível em: <https://abccardiol.org/article/estatistica-cardiovascular-brasil-2021/>. Acesso em: 5 mai. 2022.

PORTER, M.E. What Is Value in Health Care? **N Engl J Med**, v. 363, p. 2477-2481, dec. 2010. DOI 10.1056/NEJMp1011024. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmp1011024>. Acesso em: 2 fev. 2021.

PORTER, M.; LEE, T.H. The strategy that will fix health care. **Harvard Business Review**, Boston, MA, v. 91, n. 10, p. 50-70, 2013. Disponível em: <https://hbr.org/2013/10/the-strategy-that-will-fix-health-care>. Acesso em: 19 jan. 2021.

PORTER, M.E.; TEISBERG, E.O. **Repensando a saúde**: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. 1ª. ed. atual. Porto Alegre: Bookman, 2008. 432 p. v. 23. ISBN 978-85-7780-002-5.

POWERS, W.J. *et al.* Guidelines for the Early Management of Patients with Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. **Stroke**, v. 50, n. 12, p. e 344-e418, 2019. Disponível em: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/STR.0000000000000211>. Acesso em: 15 jan. 2020.

RAUPP, F.M.; CRISPIM, C.H.; ALMEIDA, E.S. Gestão de custos hospitalares por meio do custeio por absorção: o caso da maternidade Carmela Dutra. **Revista de Informação Contábil**, v. 2, n. 1, p. 120-133, 2007. Disponível em: <https://1library.org/document/qm0or28y-gestao-custos-hospitalares-custeio-absorcao-maternidade-carmela-dutra.html>. Acesso em: 23 fev. 2021.

REITBLAT, C. *et al.* Value-Based Healthcare in Urology: A Collaborative Review. **Eur. Urol.**, v. 79, n. 5, p. 571-585, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33413970/>. Acesso em: 23 mai. 2022.

REN, L.; LI, C.; LI, W. Fast-tracking acute stroke care in China: Shenzhen Stroke Emergency Map. **Postgrad Med J.**, v. 95, n. 1119, p. 46-47, 2019. Disponível em: <https://pmj.bmj.com/content/95/1119/46>. Acesso 17 jan. 2021.

SAFANELLI, J. *et al.* The cost of stroke in a public hospital in Brazil: a 1-year prospective study. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, v. 77, n. 6, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/anp/a/rV4GkLqxMh9ybhCrh8T9kDg/?lang=en>. Acesso em: 22 jan. 2022.

SIQUEIRA, A.D.E.; SIQUEIRA, A.G.; LAND, M.G.P. Analysis of the Economic Impact of Cardiovascular Diseases in the Last Five Years in Brazil. **Arq Bras Cardiol**, v. 109, n. 1, p. 39-46, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/TjBMVD83F7NMGNCJsP9kXKD/?lang=en>. Acesso em: 10 jan. 2022.

SOUZA, C.M.M.G.; GIL, E.P.; SANTANA, L.G. Custeio por absorção como instrumento de informação gerencial no ramo hospitalar. **Caderno de Administração - PUCSP**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 73-84, 2015. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br>. Acesso em: 18 fev. 2021.

TAN, S.S. **Microcosting in economic evaluations:** Issues of accuracy, feasibility, consistency and generalisability. Optima Grafische Communicatie, 2009. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/18510449.pdf>

TIBOR, L.C. *et al.* Improving Efficiency Using Time-Driven Activity-Based Costing Methodology. **J Am Coll Radiol.**, v. 14, n. 3, p. 353-358. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28094231/>. Acesso em: 20 jan. 2022.

WINSTEIN, C.J. *et al.* Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery: A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. **Stroke**, v. 47, n. 6, p. e98-e169, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27145936/>. Acesso em 20 jan. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global spending on health:** Weathering the storm. Geneva, 2020. 100 p. Disponível em: <https://apps.who.int/nha/database/DocumentationCentre/Index/en>. Acesso em: 2 set. 2020

PRÁTICAS INTEGRATIVAS COMPLEMENTARES EM TRABALHADORES ASSISTENCIAIS DE SAÚDE: TRAJETÓRIA DA EXTENSÃO À PESQUISA

Eleonora Assunção Morad Arantes, Mestre em Gestão de Serviços de Saúde - UFMG

Cynthia C. C. Clemente, Mestranda em Enfermagem - UFMG

Vanessa de Almeida Guerra, Professora do Departamento de Gestão em Saúde - UFMG

Mery Natali Silva Abreu, Professora do Departamento de Gestão em Saúde - UFMG

RESUMO: Os transtornos mentais foram motivo de afastamento dos profissionais do Hospital das Clínicas da UFMG, em 2017. Foi proposto o Projeto de Extensão Cuidando de quem cuida com as Práticas Integrativas Complementares em Saúde (PICS), vinculado à UFMG, com oferecimento das práticas. Dentre outras, destaca-se a aromaterapia, para tratamento e prevenção de doenças. O transtorno de estresse pós-traumático tem prevalências altas em trabalhadores da saúde, devido às características do trabalho. Adicionalmente, estudos têm demonstrado relação entre estresse ocupacional e tabagismo nesses profissionais. Metodologicamente, trata-se de um relato de experiência, que objetiva demonstrar a consolidação do Projeto de Extensão, e sua trajetória originando a pesquisa “Avaliação da eficácia da aromaterapia na redução dos níveis de estresse e ansiedade, qualidade do sono e tabagismo entre trabalhadores da saúde”. Na realização do Projeto de Extensão foi relatado pelos trabalhadores, alguma melhora em sua qualidade da saúde mental, ou algum conforto para seguir a rotina. A partir dos resultados da pesquisa, é possível que a aromaterapia contribua para a melhoria da condição de saúde dos trabalhadores.

PALAVRAS-CHAVE: PICS; Aromaterapia; Saúde do trabalhador.

INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais e comportamentais foram o segundo principal motivo de afastamento dos profissionais de vínculo com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), no Hospital das Clínicas da UFMG, em 2017. A partir desses dados, o Setor de Saúde Ocupacional do HC-UFMG (SOST) concluiu sobre a importância de desenvolver um projeto destinado à prevenção de doenças e a recuperação da saúde dos trabalhadores do complexo hospitalar. Foram propostas terapias complementares e integrativas, as PICS (Práticas Integrativas Complementares de Saúde) para a promoção do autocuidado e melhoria da saúde mental desses trabalhadores.

O adoecimento de profissionais de saúde é especialmente preocupante, além das repercussões relacionadas ao prejuízo à saúde e bem-estar dos trabalhadores, o que por si só é motivação de preocupação das autoridades de saúde no sentido da adoção de medidas de prevenção e controle dos riscos, também pode reduzir abruptamente os recursos humanos e comprometer a qualidade e potencial de resposta dos serviços de saúde (MINAS GERAIS, 2020). A pandemia do Covid-19 reforçou ainda mais a necessidade de diversas estratégias de promoção e de assistência à saúde dos trabalhadores da saúde de todo o Hospital.

Nesse contexto, a intervenção proposta foi a criação do Projeto de Extensão Cuidando de quem cuida com as PICS, vinculado à universidade, que oferecesse tais práticas. As PICS englobam ações que visam estimular os mecanismos naturais de prevenção de doenças e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras. A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconheceu que as PICS são alternativas de baixo custo para o atendimento a diversas doenças, atuando de forma coadjuvante ou como tratamento principal.

O projeto de extensão vinculado ao Curso de Gestão de Serviços de Saúde da Escola de Enfermagem da UFMG, foi dividido em dois momentos. Antes da pandemia, em novembro de 2019, contou com terapeutas voluntários divididos nos atendimentos presenciais de Reiki, Auriculoterapia, Aromaterapia e Tai Chi Chuan, com práticas oferecidas de segunda a sexta,

no horário de 16h às 19h, gratuitamente. A partir de março de 2020, em decorrência do cenário pandêmico de Covid-19, houve a necessidade do isolamento domiciliar, e a equipe do projeto adaptou os atendimentos das modalidades: Reiki, I Ching, Tai Chi Chuan e Terapia Floral, de forma individual e por videochamada. A organização contou com um sistema de agenda virtual, sendo determinados dias e horários para cada prática e confirmação de agendamento/cancelamento por e-mail. Como estratégia para uma comunicação dinâmica foi criada uma conta no aplicativo Instagram, @terapias.hcufmg.

Adicionalmente e com a finalidade de suprir à questionamentos e lacunas de comprovações científicas de tais práticas, derivou-se do projeto de extensão, uma pesquisa para se avaliar a eficácia da aromaterapia, uma prática integrativa inserida na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) em 2018, na redução dos níveis de estresse, ansiedade, qualidade do sono e tabagismo entre trabalhadores da assistência do HC/UFMG.

A aromaterapia é uma prática terapêutica que utiliza propriedades dos óleos essenciais (OE) para a recuperação do equilíbrio do organismo, com fins de promoção da saúde física e mental (PAVIANNI, 2019).

O objetivo do projeto de pesquisa em andamento é o de avaliar a eficácia da aromaterapia na redução dos níveis de estresse e ansiedade, qualidade de sono e tabagismo entre trabalhadores da saúde.

REFERENCIAL TEÓRICO

Práticas Integrativas Complementares em Saúde (PICS)

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) são terapias que visam a promoção da saúde de forma integral, contribuindo na prevenção e recuperação da saúde. No Brasil, em 2006, as PICS passaram a ser incorporadas no Sistema Único de Saúde (SUS), sobretudo no âmbito da atenção básica, por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), a qual está voltada para a “prevenção de agravos e a promoção e recuperação da saúde, a partir do cuidado continuado, humanizado e integral em saúde” (BRASIL, 2018). A PNPIC foi elaborada a partir de recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e de várias conferências nacionais de saúde. No Brasil, é coordenada por vários departamentos vinculados ao Ministério da Saúde, por exemplo, o Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). Um dos objetivos da política é a contribuição na ampliação e resolubilidade dos serviços de saúde em garantir acesso às PICS com qualidade, eficácia, eficiência e segurança no tratamento. Desse modo, a PNPIC visa também a promoção e prevenção de saúde, no qual dá ênfase no cuidado contínuo, integral e humanizado (SAPS, 2022). O SUS a partir de 2006 reconheceu e incorporou ao programa um total de 29 práticas, sendo elas: Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura; Medicina Antroposófica; Homeopatia; Plantas Medicinais e Fitoterapia; Termalismo Social/Crenoterapia, Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa, Yoga, Apiterapia, Aromaterapia, Bioenergética, Constelação Familiar, Cromoterapia, Geoterapia, Hipnoterapia, Imposição de mãos, Ozonioterapia e Terapia de Florais (SAPS, 2021).

Aromaterapia

A aromaterapia como outras PICS, caracteriza-se pela intervenção integrativa e humanizada, no qual evita tratar de forma isolada o processo saúde-doença fazendo com que a saúde seja entendida como um processo contínuo de desafios ambientais e, principalmente de equilíbrio dinâmico do organismo (TELLESI, 2016).

Utiliza as propriedades químicas e voláteis dos OE, extraídos de plantas aromáticas, principalmente através da inalação, para tratamento e prevenção de doenças tanto a nível físico quanto psíquico-emocional.

René Maurice Gattefossé (1881-1950), considerado o pai da aromaterapia, descobriu a ação terapêutica depois de um acidente de trabalho em um laboratório de perfumaria, no qual houve uma queimadura e como forma de tratamento testou a ação antisséptica do óleo essencial de lavanda, que mais tarde originou o antisséptico “Le salvol”. Esse antisséptico foi eficiente durante a gripe espanhola no ambiente hospitalar (OBSERVAPICS, 2020).

Os OE contribuem para diversas respostas tanto farmacológicas quanto psicológicas no sistema nervoso, atuando como analgésicos, sedativos, ansiolíticos, antidepressivos e anticonvulsivantes. Os OE podem contribuir para uma melhora das doenças mentais, como a depressão, ansiedade, demência, alívio da insônia e distúrbios cognitivos (LIZARRAGA-VALDERRAMA, 2021).

O componente volátil administrado com a concentração correta promove efeito farmacológico mensurável sem apresentar efeitos adversos semelhantes aos psicotrópicos. Pode-se mencionar que os óleos essenciais são componentes orgânicos formados por moléculas químicas, como ésteres, álcoois, aldeídos, hidrocarbonetos e fenóis, por meio do processo de destilação ou prensagem dos vegetais (GNATTA, 2011). Ademais, os componentes do OE contribuem para os efeitos fisiológicos no equilíbrio da pressão arterial, frequência cardíaca e da frequência respiratória, das ondas cerebrais *alfa* e *beta* e também auxilia na redução dos níveis séricos de corticosteroides (LIZARRAGA-VALDERRAMA, 2021).

De acordo com as pesquisas da enfermeira e bioquímica, Marguerite Maury, que é considerada a mãe da aromaterapia, o OE pode ativar o sistema límbico por meio da via inalatória e dermatológica, que são possíveis trajetórias terapêuticas (OBSERVAPICS, 2020). Por essa razão, atualmente as práticas são realizadas por inalação pelas vias aéreas, uso tópico ou ingestão. Quando o OE entra em contato com as células receptoras olfativas, assim que inalado, os neurônios transmitem diretamente para o sistema límbico e do hipotálamo do cérebro através do bulbo olfatório, o que acarreta liberação dos neurotransmissores como serotonina, endorfina, dopamina. Essa ligação entre os neurônios contribui para o efeito terapêutico dos OE.

Trabalhadores da área da saúde

Os transtornos mentais e comportamentais representam importante causa de adoecimento e afastamento do trabalho. No Brasil, em 2017, o Ministério da Fazenda publicou o 1º Boletim Quadrimestral sobre Benefícios por Incapacidade, com o tema “Adoecimento Mental e Trabalho – A concessão de benefícios por incapacidade relacionados a transtornos mentais e comportamentais entre 2012 e 2016”. O boletim apontou que os transtornos mentais e comportamentais (CID F32, F41 e F43) ocupam o terceiro lugar na concessão de auxílio-doença e aposentadoria por invalidez, e que os órgãos relacionados à Administração Pública em geral ocupam o primeiro lugar em afastamentos, e as atividades de atendimento hospitalar, o segundo lugar em relação à frequência, duração e despesa associadas à concessão de auxílio-doença e aposentadoria. Isso demonstra que atividades com contato direto com pacientes ou clientes são as atividades que mais afastaram os profissionais das atividades laborais (BRASIL, 2017).

Os trabalhadores da área da saúde estão frequentemente expostos aos fatores de estresse no ambiente de trabalho devido ser um trabalho com necessidade de expressar mais empatia e preocupação com paciente e isso é uma carga emocionalmente consistente para o profissional da saúde (FIABANE *et al.*, 2019). Nesse contexto, os fatores estressores são um mecanismo de ação do organismo em busca de lidar com algo ameaçador a sua homeostase e essa patologia desenvolve diversos problemas de saúde acarretando danos físicos, psíquicos, sociais e

culturais, podendo refletir na vida desse colaborador causando doenças cardiovasculares, diabetes, infecções e depressão associada ao elevado índice de absenteísmo e custos médicos elevados (SILVA; SILVA, 2015). As condições de trabalho, nos últimos 10 anos, têm exigido elevada produtividade, tempo, velocidade nas realizações das tarefas, aperfeiçoamento e sofisticação de equipamentos. Esses fatos acarretam doenças ocupacionais em trabalhadores de saúde (RIBEIRO, 2018; VENTURA, 2015), uma vez que interfere na segurança e na saúde dos servidores de saúde, deixando-os vulneráveis ao adoecimento do estresse ocupacional (RIBEIRO *et al.*, 2018). O esgotamento é um problema histórico entre os colaboradores da saúde (RAPP *et al.*, 2021), por serem submetidos a jornadas prolongadas, salários precários, demandas de trabalho intensas, não saberem lidar com o trabalho em equipe, recursos e materiais escassos (RIBEIRO *et al.*, 2018). Além disso, o profissional da área de saúde tem uma probabilidade de experimentar transtornos mentais como depressão, ansiedade, insônia e uso de substâncias psicoativas durante emergências sanitárias devido às condições extremas de trabalho (GHIO *et al.*, 2021).

O atual cenário pandêmico intensificou o declínio no bem-estar doméstico e no espaço do trabalho, em razão de caracterizar um local com demandas maiores, exaustão emocional que contribui no desinteresse em continuar no emprego e rompimento da separação trabalho-vida (RAPP *et al.*, 2021). O transtorno de estresse pós-traumático (PTSD) tem prevalências mais elevadas em trabalhadores da saúde se comparado com a população geral, devido a diversos motivos, tais como: exposições aos fatores de risco como perigo de contaminação, tomada de decisões difíceis, perda de pacientes, responsabilidade no tratamento e ruptura das estruturas de suporte normais (JOHNSON *et al.*, 2020). Ademais, é importante salientar que o profissional de saúde tem um ambiente enraizado em suportar altos níveis de estresse na rotina de trabalho, podendo acarretar um elevado estresse e esgotamento (DAVIDSON *et al.*, 2017).

Estresse

O estresse ocupacional é caracterizado por elevadas demandas e pressão no trabalho, principalmente dos profissionais da área da saúde, e muitas vezes esse servidor não sabe lidar com esse esgotamento e nem tem habilidade de enfrentamento (XU *et al.*, 2020). Nesse contexto, o estresse pode ser classificado por várias circunstâncias de trabalho, e pode ser agravado quando os colaboradores sentem um precário apoio da equipe de trabalho (OMS, 2020). Quando profissionais da saúde estão em contato direto com doenças infectocontagiosas e não tem equipamento de proteção individual (EPI) suficientes, há um aumento na preocupação em contrair a doença (JANG, Y *et al.*, 2021) e como consequência, o estresse desencadeia um decaimento na saúde mental, podendo acarretar os fatores de risco psicossociais como doenças psicossomáticas, cardiovasculares, respiratórios, dores de cabeça, enxaquecas, distúrbio do sistema nervoso central, câncer, úlceras, entre outras (MARIN *et al.*, 2020). A ansiedade e o medo são emoções que surgem, sendo a primeira caracterizada como uma antecipação de alguma ameaça futura e a segunda uma resposta emocional à ameaça (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Ansiedade

Os transtornos de ansiedade são definidos por várias síndromes como ansiedade generalizada, transtorno do pânico, fobias sociais e pode incluir também o estresse pós-traumático e transtorno obsessivo-compulsivo, além de ser, o segundo transtorno mental mais frequente na América Latina (OPAS, 2018). Em períodos de epidemias, o profissional da saúde fica mais vulnerável às emoções por ter como reação instintiva ao medo, o que eleva a ansiedade tornando-a crônica ou desproporcional (SILVA *et al.*, 2021). Esse momento desafiador com aumento da sobrecarga de trabalho, cansaço físico, EPI escassos e a necessidade de tomar

decisões podem surgir como uma pressão afetando o bem-estar físico e mental dos trabalhadores da saúde (PAPPA et al., 2020).

Qualidade do sono

A insônia é caracterizada como a dificuldade em dormir ou manter o sono. A razão desse problema pode ser associada ao estresse, ansiedade, e eventos traumáticos que levam ao distúrbio do sono (BAKA, 2021). Nesse contexto, os indivíduos com transtorno de insônia podem ter prejuízos neurocognitivos, interferindo na realização das tarefas com exigência nas estratégias de execução e necessitam de esforços em manter o desempenho cognitivo (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Apesar do ritmo circadiano determinar a qualidade do sono, a ocorrência de um sono insuficiente pode ser devido a fatores como trabalhos e turnos irregulares, e cargas de trabalho elevadas que causam um impacto no processo homeostático e consequências psicobiológicas. Portanto, esses fatores estão ligados principalmente aos profissionais da saúde que estão na linha frente em períodos epidêmicos (BALLELIO *et al.*, 2021). A insônia é um problema de saúde que afeta uma grande parte da população, sendo 30% apresentando sintomas de insônia e aproximadamente 10% possuem transtorno de insônia crônica (JÄRNEFELT *et al.*, 2020).

Tabagismo

O hábito de fumar é frequente em trabalhadores da saúde. O tabagismo é motivado por circunstâncias e emoções que levam à dependência devido às propriedades psicoativas da nicotina (BRASIL, 2015). O estresse é considerado um importante fator de risco para o tabagismo, pois o ato de fumar é descrito pelos tabagistas como relaxante (PAWLINA *et al.*, 2014). O estresse relacionado ao trabalho é uma condição capaz de gerar problemas de saúde, físicos e mentais, podendo levar ao consumo excessivo de tabaco (ROQUE *et al.*, 2015).

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, mostrando a trajetória do “Projeto de Extensão Cuidando de quem cuida”, do curso de Gestão em Saúde da UFMG, como ele foi consolidado ao longo do tempo, dando origem ao projeto de pesquisa intitulado “Avaliação da eficácia da aromaterapia na redução dos níveis de estresse e ansiedade, qualidade do sono e tabagismo entre trabalhadores da saúde”, da Escola de Enfermagem da UFMG.

Com vistas a responder alguns questionamentos e lacunas científicas, houve derivação, a partir do projeto de extensão, do projeto de pesquisa “Avaliação da eficácia da aromaterapia na redução dos níveis de estresse e ansiedade, qualidade do sono e tabagismo entre trabalhadores da saúde”. A demanda surgiu através da experiência do grupo que conta com alguns terapeutas e estudiosos na área e da busca de comprovação científica de tal prática através de um estudo experimental. A pesquisa em andamento, foi submetida aos Comitês de Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e do Hospital das Clínicas/UFMG.

A pesquisa possui população composta por trabalhadores assistenciais (auxiliares e técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos) que atuam no complexo hospitalar do HC/UFMG.

Assumindo a possibilidade de perdas de 25% dos recrutados ao longo do seguimento, será considerada uma amostra de aproximadamente 60 indivíduos por grupo, sendo realizados três grupos – dois grupos utilizando diferentes óleos essenciais e um grupo placebo, totalizando 180 funcionários do Pronto Atendimento e do CTI adulto/Infantil do hospital universitário. A amostra será estratificada pelas categorias profissionais e proporcional ao tamanho de cada estrato.

Serão realizados dois tipos de intervenção, uma tendo como público alvo a amostra estabelecida acima e outra considerando apenas os fumantes. A sub-amostra dos fumantes será

composta por todos os funcionários de ambos os campos de estudo que fumam atualmente e aceitaram participar do estudo. Estima-se que em torno de 10% dos profissionais sejam fumantes. Considerando a população total de médicos e profissionais de enfermagem (N=1658), teríamos uma população alvo de aproximadamente 166 fumantes. Seguindo o critério de 60 profissionais por grupo, sendo na subamostra de fumantes testados dois tipos de óleos essenciais, espera-se alcançar uma amostra de 120 fumantes.

Será realizado um estudo experimental do tipo ensaio clínico controlado, randomizado e duplo-cego na amostra de 180 trabalhadores assistenciais do PA e CTI para avaliar os efeitos da aromaterapia na redução dos níveis de ansiedade, estresse relacionado ao trabalho e perda de sono. E um estudo quase-experimental do tipo antes e depois na amostra de cerca de 120 trabalhadores fumantes para avaliar a eficácia da aromaterapia no consumo de tabaco desses trabalhadores.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No período de outubro de 2018 a abril de 2019, 5 voluntários terapeutas participaram do projeto de extensão “Cuidando de quem cuida” com a disponibilização de 456 vagas para atendimento dos trabalhadores. Foram realizados 405 atendimentos nesse período, e entre agosto de 2020 a junho de 2021, as práticas realizadas obtiveram um total de 185 trabalhadores que procuraram as terapias com 188 vagas disponibilizadas.

O projeto de extensão conta com a participação de voluntários, extensionistas, bolsistas e mestrands. O grupo se reúne semanalmente para discussão do projeto de extensão (agendamentos, terapias, resultados, etc.), bem como para condução do projeto de pesquisa, financiamentos e produção científica relacionada às PICS.

CONCLUSÃO

Em todo o período de realização do Projeto de Extensão Cuidando de quem cuida, foi relatado pelos trabalhadores que passaram pelo atendimento, alguma melhora em sua qualidade da saúde mental, ou pelo menos algum conforto, para seguir a rotina laboral. Esses resultados refletiram na qualidade das condições de trabalho, tornando-as mais harmoniosas, reduzindo o absenteísmo, aumentando a produtividade e beneficiando o progresso das relações interpessoais no ambiente hospitalar.

Pretende-se com o projeto de pesquisa avaliar a eficácia da aromaterapia na redução dos níveis de estresse, ansiedade, tabagismo e melhora da qualidade do sono entre as classes de trabalhadores assistenciais de saúde (auxiliares e técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos). A partir dos resultados desse estudo, é possível que sejam feitas proposições de aplicações da aromaterapia de forma direcionada, considerando tanto as características do processo de trabalho de cada classe profissional, como a queixa de maior predominância, contribuindo para a melhoria do ambiente de trabalho e da condição de saúde física e mental dos trabalhadores. Sob o ponto de vista da gestão organizacional, a incorporação do atendimento utilizando a aromaterapia como rotina do serviço ocupacional, potencialmente contribuirá para menor absenteísmo dos trabalhadores, maior eficiência nas interações multiprofissionais e nos processos de trabalho, refletindo em uma prestação de serviços adequada com incremento da qualidade da assistência à população.

A trajetória e importância do Projeto de Extensão na vida dos trabalhadores e participantes do grupo é refletida em ações como formação, conhecimento, troca de experiências e saberes científicos, aprofundando relações e construindo uma nova epistemologia de cuidado.

REFERÊNCIAS

ALI, B., *et al.* Essential oils used in aromatherapy: A systemic review. Asian Pacific Journal of Tropical Biomedicine. v. 5. p.601 - 611, 2015. Disponível: <[https://doi-org.ez27.periodicos.capes.gov.br/10.1016/j.apjtb.2015.05.007](https://doi.org.ez27.periodicos.capes.gov.br/10.1016/j.apjtb.2015.05.007)>. Acesso em 08 dez. 2021.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). DSM-5: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. [s.l.] Artmed Editora, 2014. Disponível em: <http://www.niip.com.br/wp-content/uploads/2018/06/Manual-Diagnostico-e-Estatistico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5-1-pdf>. Acesso em 27 dez. 2021.

BAKA, Ł. Coronavirus Anxiety and Exhaustion among Polish Front-Line Healthcare Workers - the Mediation Effect of Insomnia. International journal of occupational medicine and environmental health, v. 34, n. 2, p. 263–273, 27 maio 2021. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.13075/ijomeh.1896.01745>>. Acesso em 27 dez. 2021.

BALLESIO, A. *et al.* Caring for the Carers: Advice for Dealing with Sleep Problems of Hospital Staff during the COVID-19 Outbreak. Journal of sleep research, v. 30, n. 1, p. e13096, fev. 2021. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1111/jsr.13096>>. Acesso em 28 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 971, de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html. Acesso em 10 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRITO, A. M. G. *et al.* Aromaterapia: da gênese a atualidade. Revista Brasileira de Plantas Mediciniais, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s1516-05722013000500021>>. Acesso em 21 nov. 2021.

DAVIDSON, J. E. *et al.* Code Lavender: Cultivating Intentional Acts of Kindness in Response to Stressful Work Situations. Explore , v. 13, n. 3, p. 181–185, maio 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.explore.2017.02.005>>. Acesso em 29 dez. 2021.

FIABANE, E. *et al.* Emotional Dissonance and Exhaustion among Healthcare Professionals: The Role of the Perceived Quality of Care. International journal of occupational medicine and environmental health, v. 32, n. 6, p. 841–851, 15 nov. 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.13075/ijomeh.1896.01388>>. Acesso em 27 dez. 2021.

GHIO, L. *et al.* Anxiety, Depression and Risk of Post-Traumatic Stress Disorder in Health Workers: The Relationship with Burnout during COVID-19 Pandemic in Italy. International journal of environmental research and public health, v. 18, n. 18, 21 set. 2021. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18189929>>. Acesso em 12 dez. 2021

GNATTA, J., *et al.* Aromaterapia e enfermagem: concepção histórico-teórica. Rev. esc. enferm. USP. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/Z3SpTtG6nQF7Lfl7fKbrt3w/?format=html&lang=pt>. Acesso em 17 março de 2021.

JANG, Y. *et al.* Burnout and peritraumatic distress of healthcare workers in the COVID-19 pandemic. BMC Public Health, 2021. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1186/s12889-021-11978-0>>. Acesso em 20 dez. 2021.

JÄRNEFELT, H. *et al.* Cognitive Behavioural Therapy Interventions for Insomnia among Shift Workers: RCT in an Occupational Health Setting. International archives of occupational and environmental health, v. 93, n. 5, p. 535–550, jul. 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1007/s00420-019-01504-6>>. Acesso em 22 dez. 2021.

JOHNSON, K. *et al.* Use of aromatherapy to promote a therapeutic nurse environment. Intensive and Critical Care Nursing. v. 40, p. 18-25, 2017. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339717300186?via%3Dihub>>. Acesso em 4 jun. 2022.

LYRA, CASSANDRA DE, NAKAI, LARISSA SAYURI, MARQUES, AMÉLIA PASQUAL. Eficácia da aromaterapia na redução de níveis de estresse e ansiedade em alunos de graduação da área da saúde: estudo preliminar. Fisioterapia e Pesquisa [online]. 2010, v. 17, n. 1. p. 13-17. Acesso em 05 Abr 2012.

LIZARRAGA-VALDERRAMA, L. R. Effects of Essential Oils on Central Nervous System: Focus on Mental Health. Phytotherapy research: PTR, v. 35, n. 2, p. 657–679, fev. 2021. Disponível em: <https://doi-org.ez27.periodicos.capes.gov.br/10.1002/ptr.6854>. Acesso em 08 dez. 2021.

MARIN, A. M *et al.* Trait-Anxiety and Job Psychosocial Conditions as Determinants of Mental Health in Nursing. Ansiedad y estrés, v. 26, n. 2-3, p. 167–173, jul. 2020. Disponível em: <10.1016/j.anyes.2020.07.005>. Acesso em 27 dez. 2021.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Nota Técnica COES MINAS COVID-19 Nº 55 – 25/06/2020. Orientações gerais aos serviços de saúde do trabalhador para a realização das ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho (VAPT) em razão da pandemia da COVID-19. Belo Horizonte, MG, 2020a. Disponível em: http://coronavirus.saude.mg.gov.br/images/profissionais-e-gestores/25-06_NotaTecnica-N55.pdf. Acesso em: 05 mai. 2020.

MINISTÉRIO DA FAZENDA (MS). Adoecimento Mental e Trabalho. 1º Boletim Quadrimestral sobre Benefícios por Incapacidade, 2017. 32p. Disponível em: <http://sa.previdencia.gov.br/site/2017/04/1%C2%BA-boletim-quadrimestral.pdf>. Acesso em: 27 dez. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Caderno de Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Brasília:Secretaria de Atenção à Saúde e Departamento de Atenção Básica, 2015. p. 9-13. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf. Acesso em: 27 dez. 2021.

OBSERVATÓRIO NACIONAL DE SABERES E PRÁTICAS TRADICIONAIS, INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE (OBSERVAPICS). Caderno cuidado integral na Covid-19. Aromaterapia: o poder das plantas e dos óleos essenciais. Aromaterapia, autocuidado em tempos de coronavírus. Pernambuco: Fiocruz, 2020.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas (2018). Washington, D.C.: OPS; 2018. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y. Acesso em 27 dez. 2021.

PAPPA, S. *et al.* Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain, Behavior, and immunity* v. 88, p. 901-907 2020. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026>>. Acesso em: 22 jan. 2022.

PAVIANNI, B., TRIGUEIRO T., GESSNER R. O uso de óleos essenciais no trabalho de parto e parto: revisão de escopo. *REME – Rev Min Enferm.* 2019

PAWLINA, M. M. C.; RONDINA, R.C.; ESPINOSA, M. M.; BOTELHO, C. Anxiety and low motivational level associated with the failure in smoking cessation. *J Bras Psiquiatr*, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v63n2/0047-2085-jbpsiq-63-2-0113.pdf> Portuguese. Acesso em: 13 set. 2022.

RAPP, D.J. *et al.* Boundary Work as a Buffer Against Burnout: Evidence From Healthcare Workers During the COVID-19 Pandemic. *Journal of Applied Psychology*, v. 106, p. 1169–1187, 2021. Disponível em: < <https://doi.org/10.1037/apl0000951>>. Acesso em: 8 nov.2021.

RIBEIRO, R. P. *et al.* Estresse ocupacional entre trabalhadores de saúde de um hospital universitário. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 39, 23 jul. 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rngen/a/93bFnj3GkbyPtrpJyGvn8cj/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em 12 dez. 2021.

ROQUE, H.; VELOSO, A.; SILVA I.; COSTA, P. Occupational stress and user satisfaction with primary healthcare in Portugal. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n10/1413-8123-csc-20-10-3087.pdf> Portuguese. Acesso em: 13 set. 2022.

SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (SAPS). Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/apc/pics>>. Acesso em: 8 nov. 2021.

SECRETARIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE (SAPS). Política Nacional das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. Secretaria da Atenção Primária em Saúde. Ministério da Saúde. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/politicas/pnpic>>. Acesso em 03 de jan. 2022.

SILVA, D. F. O *et al.* Prevalência de ansiedade em profissionais da saúde em tempos de COVID-19: revisão sistemática com metanálise. *Ciênc. Saúde Colet.* v. 26 (02), p. 693-710 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.38732020>>. Acesso em: 22 jan. 2022.

SILVA, D. de P. da; SILVA, M. de N. R. M. de O. O trabalho com estresse e intervenções para cuidado em saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 13, p. 201–214, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00032>>. Acesso em 12 dez. 2021.

TELLESI, Emílio Junior. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. *Revista Metrópole e Saúde*, São Paulo, v. 30, n. 86, p. 99-112, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ea/v30n86/0103-4014-ea-30-86-00099.pdf>. Acesso em: 9 fev. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (OMS). Occupational health: Stress at the workplace. 2020. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/occupational-health-stress-at-the-workplace>>. Acesso em 27 dez de 2021.

XU, H. G. *et al.* Effectiveness of Interventions to Reduce Emergency Department Staff Occupational Stress And/or Burnout: A Systematic Review. *JBIC evidence synthesis*, v. 18, n. 6, p. 1156–1188, jun. 2020. Disponível em: <[10.11124/JBISIR-D-19-00252](https://doi.org/10.11124/JBISIR-D-19-00252)>. Acesso em 27 dez. 2021.



PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS COM ENFOQUE NA PROJEÇÃO DE CUSTOS NA ATENÇÃO HOSPITALAR: A ESTRUTURAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO AOS QUEIMADOS EM MINAS GERAIS

Monique Fernanda Félix Ferreira - Doutora em Demografia pelo CEDEPLAR/UFMG. Servidora Pública da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais em exercício na Fundação Hospitalar de Minas Gerais.

Raquel Aline Schneider - Doutora em Demografia pelo CEDEPLAR/UFMG. Servidora Pública da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais.

Diana Martins Barbosa - Mestre em Ciências Farmacêuticas/UFMG. Servidora Pública da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais em exercício na Fundação Hospitalar de Minas Gerais.

Márcia Mascarenhas Alemão - Doutora em Administração/UFMG. Consultora do Instituto Brasileiro de Custos e Economia da Saúde.

RESUMO: No Brasil, o acesso a serviços de saúde como um direito fundamental, encontra diversos obstáculos para a efetivação principalmente no que tange aos princípios de Integralidade, Universalidade e Equidade do Sistema Único de Saúde (SUS). Em uma tentativa de superar a fragmentação sistêmica do sistema de saúde e alcançar a eficácia da organização interna e superar os desafios do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário, adotou-se o conceito organizativo de Redes de Atenção à Saúde (RAS). A RAS é definida como arranjos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, objetivam garantir a integralidade do cuidado com efetividade e eficiência. Nessa esteira, são identificadas linhas de cuidado que necessitam ser estruturadas como a Redes Estaduais de Assistência à Queimados. As Redes de Queimados, instituídas em 2000, surgiram antes da organização da RAS e configuram-se como gargalos no sistema devido a carência de parâmetros assistenciais, ausência de fluxo regulatório e recursos financeiro necessário para seu custeio. Assim, este estudo visa apresentar uma metodologia para estimar a demanda e o custo de estruturação da linha de cuidado aos queimados na atenção hospitalar a partir da experiência do Hospital João XXIII de Belo Horizonte.

PALAVRAS-CHAVE: política de saúde; atenção hospitalar; projeção de custo.

INTRODUÇÃO

No Brasil, o financiamento e a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) têm sido assinalados como o principal desafio mesmo após quase três décadas da sua criação (VIEIRA, SÁ E BENEVIDES, 2016). Representa preocupação permanente nos mais diversos segmentos da sociedade brasileira, dada sua dimensão e importância na participação da economia como um todo (BRASIL, 2013; OECD HEALTH POLICY STUDIES, 2010).

Esse cenário permeia as políticas de atenção à saúde, em especial o modelo organizativo das Redes de Atenção que traz a sinergia dos pontos de atenção como determinante para a integralidade do cuidado, alcance de economia de escala e escopo e, conseqüente, otimização de alocação de recursos. Nessa estratégia organizativa, as Redes de Atenção se operacionalizam a partir da regionalização das ações e serviços de saúde, sendo as macrorregiões capazes de serem resolutivas na alta complexidade e as microrregiões na média complexidade. Atualmente quatro redes temáticas se destacam: rede de atenção ao parto e nascimento (Rede Cegonha), rede de urgência e emergência e rede de atenção psicossocial e rede de atenção à pessoa com deficiências. Todavia, são identificadas outras Redes e linhas de cuidado¹ que necessitam ser estruturadas, como a Rede de Queimados.

¹ Linhas de cuidado representa um *continuum* assistencial composto por ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação



Em 2000, antes mesmo da estratégia organizativa das Redes de Atenção, foi instituída as Redes Estaduais de Assistência a Queimados criando mecanismos para a organização e implantação dessa rede. À época, alguns hospitais do país se habilitaram a ser referência para médio e grande queimado, todavia, não houve investimentos para a continuidade da implantação e diretrizes sobre a sua reorganização face a mudança de perfil epidemiológico e nova organização assistencial, no caso, as Redes de Atenção à Saúde.

Nesse sentido, em 2022, após a identificação de gargalos no acesso de pacientes queimados em Minas Gerais e necessidade de estabelecer fluxos regulatórios, foi empreendido esforços para a estruturação da Linha de Cuidado da Assistência ao Paciente Queimado em Minas Gerais, especificamente, o médio e grande queimado. Esse esforço culminou com a publicação da Deliberação CIB-SUS nº 3.763, de 22 de março de 2022 que estabelece as estratégias de fomento, o credenciamento estadual e diretrizes gerais para a definição das referências regionais e o descalonamento da atenção à saúde² a fim de garantir a integralidade do cuidado. Nessa esteira, o presente estudo propõe apresentar uma *metodologia para estimar o custo de estruturação da atenção hospitalar para atendimento ao médio e grande queimado*.

As linhas de cuidado extrapolam a atenção hospitalar e a norteadora do cuidado é a Atenção Primária, contudo, o médio e grande queimado configura-se como uma urgência e o atendimento é predominantemente hospitalar. Ademais, de todo o volume de recursos gastos no SUS, os relativos à assistência hospitalar e ambulatorial, em 2019, correspondeu a mais de R\$ 57 bilhões (BRASIL, 2020). Este montante representa quase a metade dos recursos da saúde. O governo federal é a fonte de quase 1/3 de todo o financiamento público e de 29% do financiamento hospitalar total. Os hospitais públicos respondem por 33% do total dos recursos aplicados no setor hospitalar (LA FORGIA E COUTTOLENC, 2009). Para além do volume de recurso consumido, a maioria dos serviços hospitalares é produzida no âmbito do SUS, que responde por 68% das internações, 73% dos atendimentos de urgência e 67% do atendimento ambulatorial realizados em hospitais (LA FORGIA E COUTTOLENC, 2009).

Além de apresentar uma metodologia com profunda repercussão para as políticas de saúde, este estudo, contribui para a definição de aporte de recursos que mantém a sustentabilidade financeira dos prestadores de serviço hospitalares e fomento à utilização de diferentes fontes de dados para produção de informações.

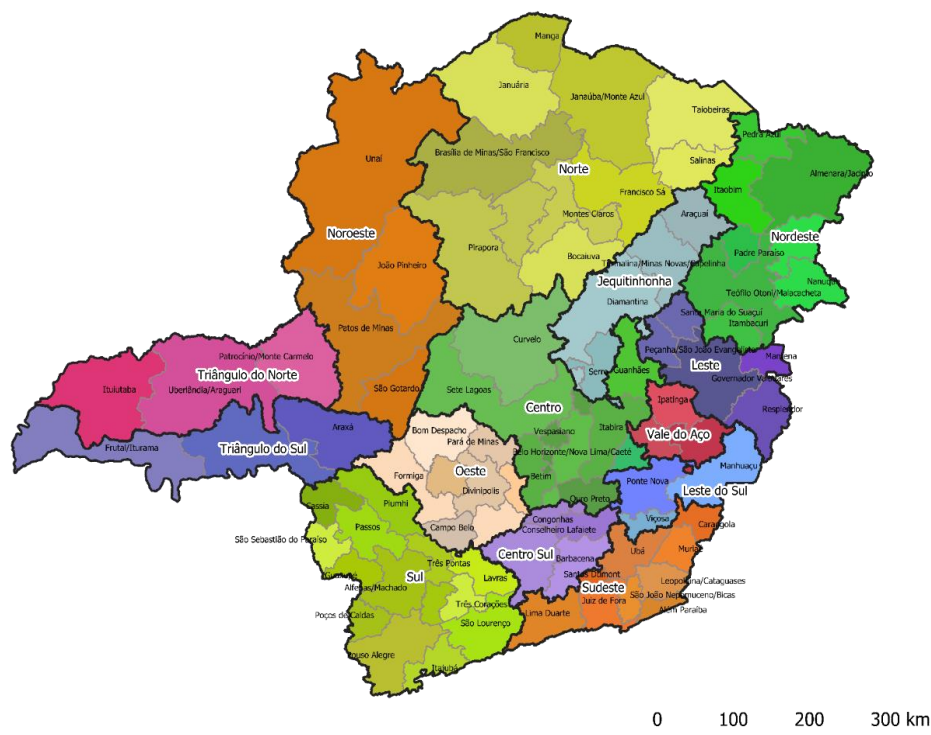
Este artigo está aqui apresentado em cinco partes sendo a primeira esta Introdução. A segunda parte traz uma breve contextualização de Minas Gerais, seu complexo hospitalar e a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fhemig). A metodologia é descrita na terceira seção. A quarta parte apresenta os resultados e sua análise dos dados. A sexta parte e última parte trata das considerações finais.

CONTEXTUALIZAÇÃO: MINAS GERAIS, COMPLEXO HOSPITALAR E A FHEMIG

O estado de Minas Gerais, localizado na região Sudeste do país, possui a segunda maior população do Brasil, distribuída em seus 853 municípios. No âmbito das políticas de saúde, o Estado é organizado em 14 macrorregiões e 89 microrregiões (Figura 1). Conforme os princípios organizativos do SUS, regionalização e hierarquização, as macrorregiões devem ser capazes de atender a demanda da sua população adstrita na alta complexidade e as microrregiões na média complexidade.

Figura 1 - Minas Gerais e suas divisões em macrorregiões e microrregiões de saúde

² Descalonamento do cuidado é o processo em que o paciente transita entre pontos de atenção de maior complexidade para menor complexidade



Fonte: Plano Diretor de Regionalização, 2019

Especificamente em relação aos hospitais, Minas Gerais possui um denso complexo hospitalar com cerca de 480 hospitais que prestam serviços para SUS (10% dos hospitais do país). No contexto dos hospitais de médio e grande porte, destacam-se os hospitais filantrópicos e os hospitais da Rede Fhemig. A Fhemig é uma rede composta por 19 hospitais públicos gerido de forma direta pelo Estado. Tem como competência prestar serviços de saúde e assistência hospitalar de importância estratégica estadual e regional, em níveis de complexidade secundário e terciário, por meio de hospitais organizados e integrados ao Sistema Único de Saúde – SUS e participar da formulação, do acompanhamento e da avaliação da política de gestão hospitalar, em consonância com as diretrizes definidas pela Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais – SES/MG (Minas Gerais, 2022).

Os hospitais da Rede Fhemig possuem modelo consolidado de gestão de custos e utilizam o DRG como instrumento para avaliação do desempenho assistencial. Possui solução informatizada que agrega as informações de custos, tendo como base a metodologia de Custeio por Absorção, com informações de custos mensais desde 2009, que fundamenta as discussões internas para melhora dos processos e do uso dos recursos. A recente implantação do DRG (2019) permite como retorno imediato iniciar a apresentar o perfil de complexidade assistencial das Unidades, condutas e processos de referência e aqueles que requerem intervenções para qualificação do cuidado, contando, inclusive, com um indicador síntese denominado eficiência DRG - eficiência geral, por clínica, por patologia ou por profissional.

A base de dados de custos, por sua robustez, representa importante base para discussões sobre o financiamento. Trata-se de uma base de dados de custos da maior fundação hospitalar pública do Brasil, que oferece serviços especializados de referência, com atendimento exclusivo para o SUS (MINAS GERAIS, 2022).

Nesse sentido, considera-se a FHEMIG um campo de estudo ímpar no que se refere a fonte de informações da assistência hospitalar, se estabelecendo como uma *proxy* dos diversos perfis assistenciais de hospitais prestadores de serviços ao SUS, com registro sistemático e

metodologicamente consistente das informações de custos e com codificação de mais de 80% dos atendimentos na metodologia DRG.

Dentre as Unidades Hospitalares da Fundação compõe o Complexo de Urgência e Emergência o Hospital João XXIII (HJXXIII), que é referência estadual para atendimento à múltiplas vítimas, assim como para queimados. Realizou, em 2021, 31.908 atendimentos hospitalares, sendo que deste 18.079 em UTI, e 956.607 atendimentos ambulatoriais, desses cerca de 63.760 atendimentos de U/E. A atenção aos queimados, apesar de apresentar cerca de 1,5% do total de atendimentos realizados pelo hospital, representa 51% do total de internações realizado em Minas Gerais. Compõe o escopo de atuação do HJXXIII (Quadro 1).

Quadro 1 - Escopo de atuação Hospital João XXII – FHEMIG.

Perfil assistencial	Especialidades	Serviços de apoio
<ul style="list-style-type: none"> • Atendimento a pacientes politraumatizados • Atendimento médico de urgência para traumas ortopédicos a vítimas de acidentes em estado grave • Atendimento em urgência de clínica médica • Cirurgia de urgência a pacientes com risco de morte • Tratamento médico a adultos que necessitam de cuidados intensivos e intermediários • Atendimento médico-hospitalar a feridos em grandes catástrofes • Atendimento a vítimas de grandes queimaduras • Atendimento de urgência a vítimas de ataques de animais • Atendimento médico em casos de envenenamento ou intoxicação grave • Informação e tratamento em casos de intoxicação química e picadas de escorpião e outros animais peçonhentos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cirurgia geral e do trauma • Clínica médica • Pediatria • Neurologia • Neurocirurgia • Ortopedia • Cirurgia plástica reparadora • Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial • Otorrinolaringologia • Medicina intensiva • Anestesiologia • Cirurgia vascular • Oftalmologia • Toxicologia 	<ul style="list-style-type: none"> • Endoscopia • Laboratório • Agência transfusional • Banco de olhos • Fonoaudiologia • Nutrição • Fisioterapia • Psicologia • Serviço Social • Imagenologia • Pedagogia • Terapia Ocupacional • Serviços administrativos

Fonte: Fundação Hospitalar de Minas Gerais, 2022.

MATERIAIS E MÉTODOS

Para a consecução do objetivo proposto - *estimar o custo de estruturação da Rede de Atenção aos queimados na atenção hospitalar* – são utilizados os dados do Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado (SIHD), do Sistema de Integrado de Gestão Hospitalar (SIGH) e da Metodologia de Diagnósticos Relacionados (DRG) da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fhemig).

Sistemas de Informação

O Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado (SIHD) é um sistema de informação de acesso público do Ministério da Saúde que se apresenta como ferramenta de gerenciamento dos atendimentos hospitalares, utilizada pelas Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde. O SIHD foi desenvolvido para realizar captação, controle e cálculo dos valores brutos dos procedimentos hospitalares prestados no atendimento ao cidadão, registrados na Autorização de Internação Hospitalar (AIH). Desta forma, oferece aos gestores locais autonomia para fazerem o processamento e a gestão das informações de internação. Os valores brutos vinculados às AIHs representam os valores de repasse por internação disponibilizados pelo ente federal, sendo uma composição de valores do procedimento principal e dos secundários, acrescido dos incrementos. O SIHD apresenta-se como uma fonte de informação para tomada de decisão de gestores, auxiliando no planejamento de ações de saúde e atuação da Vigilância Sanitária e Epidemiologia. Neste estudo, o SIHD é fonte de informações sobre o quantitativo de internações observadas em Minas Geras entre 2019 e 2021 com CID relacionado à médio e grande queimados.

O Sistema de Integrado de Gestão Hospitalar (SIGH) é sistema de módulos integrados em base única de todos os hospitais que registram informações dos atendimentos, rotinas administrativas e assistenciais, permitindo acesso ao cadastro do usuário, às informações



clínicas e aos procedimentos realizados em qualquer unidade da fundação. É uma ferramenta utilizada no planejamento e tomada de decisão, a partir de informações precisas e disponibilizadas em tempo real, contribuindo para o processo de modernização da gestão dos hospitais da Rede Fhemig. Neste estudo serão utilizadas as informações geradas pelo Módulo Custos, que calcula o custo do paciente-dia nas unidades de internação.

Por fim, a Metodologia de Diagnósticos Relacionados (DRG) consiste em um sistema de classificação que reflete a complexidade média dos pacientes tratados, relacionando-os a uma expectativa de consumo de recursos e de desfecho na assistência prestada pelo hospital. Em outras palavras, a metodologia permite comparar os resultados obtidos pelo hospital com parâmetros de excelência, mantendo correspondência com perfil assistencial. Além disso, são identificadas quais variáveis impactam na eficiência do hospital. Para este estudo o DRG é utilizado para inferir sobre o padrão de distribuição das internações segundo código DGR (complexidade do paciente) e o tempo de permanência no leito hospitalar obtido e esperado.

Os sistemas de informações supracitados são utilizados para cálculo das métricas elucidadas a seguir.

Métricas utilizadas

Inicialmente, foram calculadas as taxas brutas de internação por queimaduras segundo macrorregião de residência e ano da internação. Para tal, foram estimadas taxas específicas de internação por grupos etários (i) e a distribuição etária das populações correspondentes, conforme disposto a seguir (Equação 1):

Equação 1 - Taxas específicas de internação

$$Q_i = \frac{I_i}{N_i} \times 100.000$$

A partir das taxas específicas e distribuição etária das populações correspondentes, as taxas brutas de internação foram estimadas como (Equação 2):

Equação 2 - Taxa bruta de internação

$$TBI = \sum_{i=1}^{\infty} Q_i \cdot C_i$$

Onde:

I_i : Número de internações no grupo i (medidas pelo total de saídas)

N_i : Número de pessoas-ano no grupo i

Q_i : Taxa de internação no grupo i

C_i : proporção da população no grupo i

Para a composição dos denominadores, foram utilizadas informações sobre a projeção de população segundo faixa etária e município de residência projetada pela Fundação João Pinheiro – ano base, 2021³.

³ Instituição credenciada pelo IBGE para realização de projeções populacionais em Minas Gerais.



Com a projeção de internações, para a estimativa de leitos necessários, foi utilizado o padrão de distribuição das internações observadas no Hospital João XXIII segundo DRG para obter o tempo médio de permanência observado (e esperado). Ademais, foi utilizado 30 dias como o número de dias padrão no mês e taxa de ocupação dos leitos de 95%. Assim, tem-se:

Equação 3 - Estimativa de internações segundo segundo DRG

$$DRG_i = \left(\frac{S_{DRGi}}{S} \times 100 \right) \times \bar{E}$$

Equação 4 - Número de leitos- mês necessários

$$\sum_i^{\infty} \frac{DRG_i / 12 \times TMP}{30 \times 0.95}$$

Onde:

DRG_i : Número estimado de saídas (internações) no DRG i

S_{DRGi} : Número de saídas (internações) no DRG i

S : Total de saídas

\bar{E} : Saídas (internações) estimadas.

TMP : Tempo médio de permanência

PROJEÇÃO DA DEMANDA E ESTIMATIVA DE CUSTOS

Projeção da demanda e quantitativo de leitos necessários

A projeção de internações de médio e grande queimado por macrorregião foi feita com base nas taxas de internação das microrregiões que possuem hospitais que estão entre os dez maiores em internações anuais em Minas Gerais entre 2018 e 2021. Ressalta-se que a taxa de internação utilizada foi a divisão do total de internações (medidas pelo total de saídas - internações) de residentes da microrregião sobre a população da microrregião⁴, multiplicada por 100 mil.

A taxa utilizada foi o resultado da média do período das microrregiões selecionadas, que foi de 6,46 internações por 100 mil habitantes (residentes). Essa taxa foi aplicada à população projetada, por macrorregião, pela Fundação João Pinheiro (FJP) para o ano de 2021 e, para estratificar as internações entre aquelas apenas clínicas e que passaram pela UTI, foi usado a proporção de internações de UTI das internações totais em 2019, usando como parâmetro o percentual médio dos hospitais com habilitação ativa no Ministério da Saúde⁵, que foi de 16,23%. É relevante ressaltar que a utilização do ano-base de 2019 para número de internações

⁴ Projeção da Fundação João Pinheiro disponível para os anos de 2018 a 2021.

⁵ Hospital João XXIII, Hospital das Clínicas de Uberlândia e Hospital de Clínicas da UFTM



de queimados deve-se a mudança de perfil assistencial dos estabelecimentos hospitalares durante a pandemia causada pelo Sars-Cov-2.

Aplicando-se a taxa de 6,46 internações por 100 mil habitantes, espera-se 1.404 internações-ano em Minas Gerais (Tabela 1). Como pode ser observado, apenas duas macrorregiões apresentaram, em 2019, internações observadas superiores à estimadas (Jequitinhonha e Norte), contudo, no nível estadual as internações estimadas representam 1,25 das internações observadas.

Tabela 1 - Internações de queimados de Segundo e Terceiro Graus estimadas por macrorregião

Macrorregião	Total de Internações Estimadas	Internações estimadas que passaram por leito de enfermaria	Internações estimadas que passaram pela UTI	Internações 2019	Internações estimadas / Internações 2019
Centro	436	365	71	382	1,14
Centro Sul	53	44	9	42	1,24
Jequitinhonha	28	23	5	40	0,68
Leste	46	38	8	28	1,61
Leste do Sul	47	39	8	31	1,48
Nordeste	55	46	9	48	1,13
Noroeste	48	40	8	20	2,35
Norte	111	93	18	170	0,65
Oeste	86	72	14	42	2,02
Sudeste	11	93	18	71	1,55
Sul	185	155	30	98	1,88
Triângulo do Norte	87	73	14	65	1,32
Triângulo do Sul	54	45	9	26	2,04
Vale do Aço	57	47	10	53	1,06
Total	1.404	1.173	231	1.116	1,25

Fonte: Elaboração dos autores

Para a estimativa de quantitativo de leitos necessários, utilizou-se o padrão de distribuição das internações segundo DRG do Hospital João XXIII (Tabela 2) adotando-se como pressuposto que a distribuição observada no Hospital João XXIII é o esperado para o Estado (Tabela 3). Esse pressuposto possui aderência à realidade, dado que o hospital absorve cerca de 50% de todas as internações de queimados no Estado de Minas Gerais, conforme dados do SIHD.

Tabela 2 - Distribuição das saídas codificadas segundo DRG - 2021⁶

DRG	Descrição	Nº saídas (internações)	Permanência Prevista (referência DRG Brasil Global - percentil 50%)	Permanência Realizada	% do DRG
927	Queimaduras extensas ou queimaduras profundas com ventilação mecânica 96+ horas com enxerto de pele	5	52,3	24,88	2,06%
928	queimadura profunda com enxerto de pele ou lesão inalatória com CC/MCC	24	30,2	21,53	9,88%
929	queimadura profunda com enxerto de pele ou lesão inalatória sem CC/MCC	29	15,6	22,13	11,93%
933	Queimaduras extensas ou queimaduras profundas com ventilação mecânica 96+ horas sem enxerto de pele	17	26,1	7,96	7,00%
934	Queimadura profunda sem enxerto de pele ou lesão inalatória	20	5,4	16,53	8,23%
935	Queimaduras não extensas	148	5,5	11,38	60,91%
Total de saídas		243			100,00%

Fonte: DRG/FHEMIG/ Hospital João XXIII

Tabela 3 - Quantitativo de leitos necessários para atendimento à demanda de queimados em Minas Gerais

DRG	Nº saídas previstas	Nº leitos necessários (considerando Permanência prevista - DRG 50%)	Nº leitos necessários (considerando Permanência Realizada)
927	29	4,43	2,11
928	139	12,27	8,75
929	168	7,66	10,87
933	98	7,48	2,28
934	116	1,83	5,61
935	855	13,75	28,45
Total de saídas	1404	48	59

Fonte: Elaboração dos autores

⁶ A escolha por 2021 deve-se a inexistência de dados no DRG referente à queimados consolidados em 2019 e 2020 a produção hospitalar ter sido afetada pela pandemia.

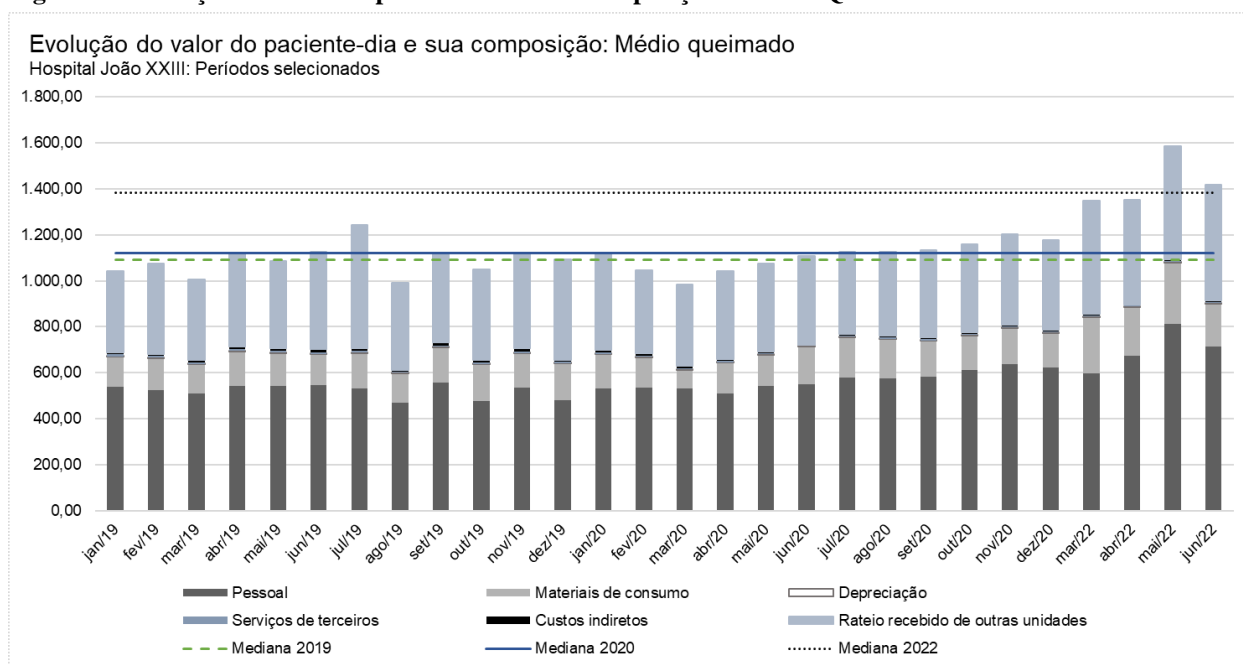


Com 1.404 internações esperadas e o padrão de distribuição das internações observada no Hospital João XXIII, são necessários 48 a 59 leitos destinados à médio e grande queimado no Estado de Minas Gerais. Caso o estabelecimento hospitalar tenha tempo médio de permanência similar a mediana global, segundo DRG, são necessários 48 leitos, sendo 12 leitos de UTI e 36 leitos de enfermaria. Contudo, caso o tempo de permanência realizado pelo estabelecimento hospitalar seja próximo ao observado no Hospital João XXIII – que apresenta tempo médio de permanência inferior à mediana global nos DRGs vinculados a ventilação mecânica e maior nos leitos de enfermaria – são necessários 5 leitos de UTI e 54 leitos de enfermaria.

Estimativa de custos

A estimativa de custos para a estruturação da atenção hospitalar ao médio e grande queimado considerou o custo do paciente-dia nos leitos hospitalares dos Centros de Custos Queimado Médio, Queimado Grave e Bloco Cirúrgico – Queimados do Hospital João XXIII para os anos de 2019, 2020 e 2022 conforme informação disponibilizada pelo SIGH. Os custos do paciente-dia e sua composição para o para o médio e grande queimado estão apresentados nas Figuras 2 e 3.

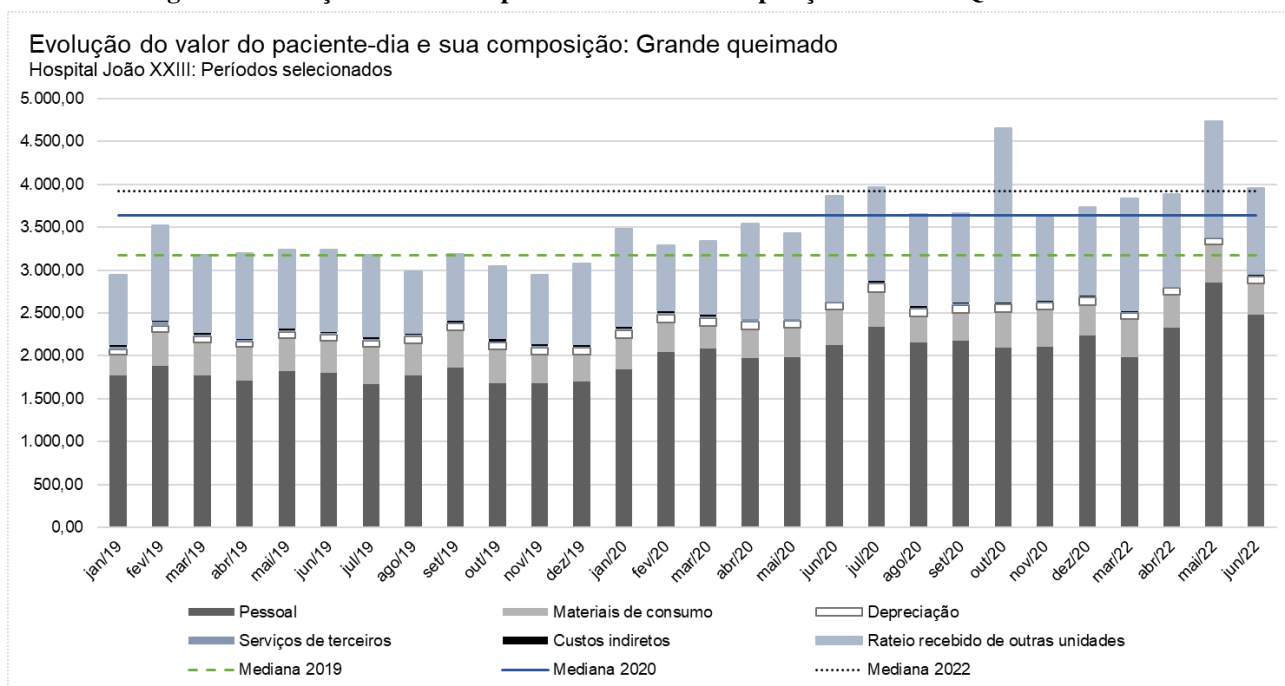
Figura 2 - Evolução do custo do paciente-dia e sua composição – Médio Queimado



Fonte: FHEMIG/SIGH/HJXXIII



Figura 3. Evolução do custo do paciente-dia e sua composição – Grande Queimado



Fonte: FHEMIG/SIGH/HJXXIII

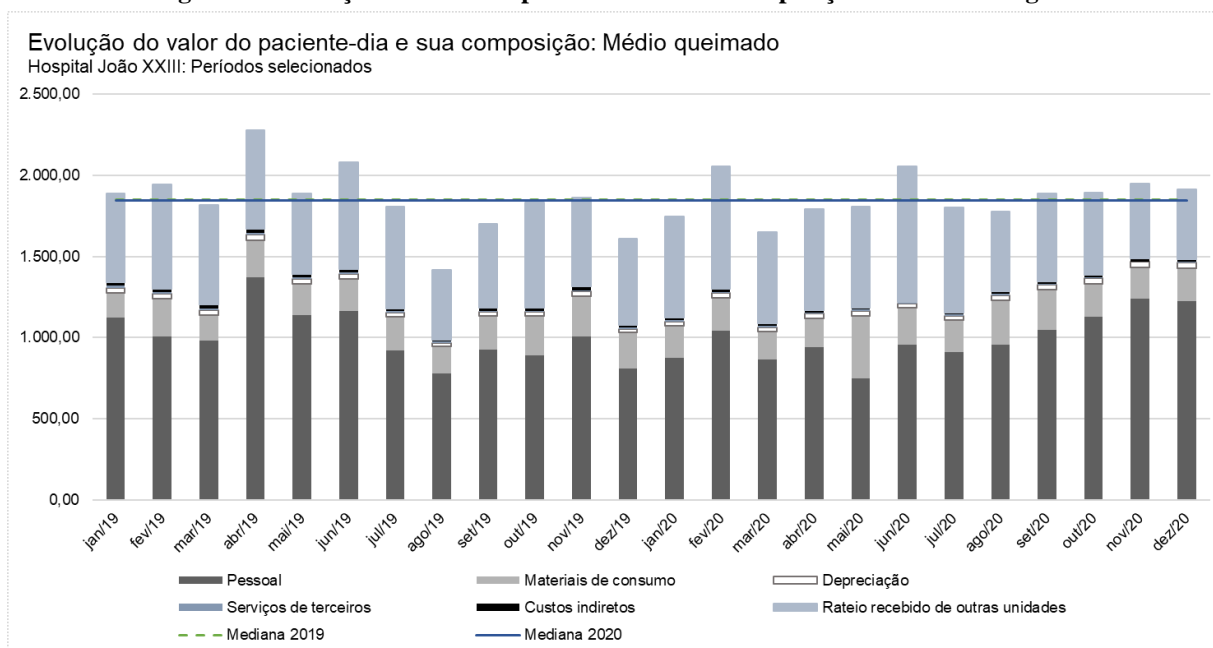
O custo mediano do paciente-dia grande e médio queimado em 2019 foi de R\$3.176,57 e de R\$1.089,62, respectivamente. Para o ano de 2020 esse custo passou para 3.633,83 e 1.121,97, respectivamente, perfazendo aumento de aproximadamente 11%. Nos primeiros meses de 2022, o custo mediano do grande queimado é de R\$ 3.922,11 e de R\$ 1.384,57 do médio queimado (aumento de 11,5% em relação ao ano de 2020).

Compõem também custo do atendimento dos médios e grandes queimados as horas cirúrgicas para desbridamento⁷ e escaratomias⁸ realizadas no Bloco Cirúrgico. A composição do custo unitário está apresentada na Figura 4. O bloco cirúrgico queimados possui como unidade de medida a hora cirúrgica, sendo o custo mediano desta de R\$ 1.607,38 (Figura 4). Todos os pacientes médio e grande queimado passam pelo bloco cirúrgico para realização dos procedimentos necessários, desta forma, optou-se por tratar o bloco cirúrgico de forma independente, mas compondo o custo da atenção hospitalar atenção ao paciente queimado.

⁷ Consiste na limpeza dos tecidos desvitalizados, acelerando o processo de cicatrização e minimizando as sequelas funcionais e estéticas

⁸ Incisão cirúrgica através da escara para liberar a constrição, restaurando assim a circulação distal e possibilitando ventilação adequada

Figura 4 - Evolução do custo do paciente-dia e sua composição – Bloco Cirúrgico



Fonte: FHEMIG/SIGH/HJXXIII

As internações estimadas (1.404) incluem o médio e grande queimado. Considerando a distribuição de internações entre médio e grande queimado observado no Hospital João XXIII, espera-se 991 internações de médio queimados e 413 internações de grande queimado. Aplicando-se o custo mediano do paciente médio e grande queimado, estima-se que a estruturação da linha de cuidado de queimados em Minas Gerais, no âmbito hospitalar, custe R\$ 61.201.945,98/ano, sendo (Tabela 4):

Tabela 3 - Síntese do custo para a estruturação da linha de cuidados de queimados em Minas Gerais

Queimado	Estimativa de internações e horas cirúrgicas	Tempo médio de permanência	Custo mediano Hospital João XXIII	Custo aproximado da internação	Valor total previsto
Médio queimado	1009	22,84	1.384,57	31.623,58	R\$ 31.908.191,01
Grande Queimado	395	11,95	3.922,11	46.869,21	R\$ 18.513.339,73
Bloco Cirúrgico	5834	Não se aplica	1.847,86		R\$ 10.780.415,24
					R\$ 61.201.945,98

Fonte: Elaboração própria

Para a derivar o custo do médio queimado considerou a média ponderada do DRG 933 a 935 e para o grande queimado o DRG 927 a 929 (conforme Tabela 2). Por fim, para o bloco cirúrgico estima-se que, para o atendimento à demanda estimada, são necessárias 5.834 horas cirúrgicas. Essas horas foram estimadas considerando o observado no Hospital João XXIII e a



assertiva que o hospital absorve 51% das internações de médio e grande queimado observadas em Minas Gerais.

Além do custo vinculado às internações é necessário prever os atendimentos ambulatoriais pós-alta que não é o foco desse estudo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil, as queimaduras representam um agravo significativo à saúde pública. Algumas pesquisas apontam que, entre os casos de queimaduras notificados no País, a maior parte ocorre nas residências das vítimas e quase a metade das ocorrências envolve a participação de crianças.

Apesar de representar parcela ínfima no total de internações (1,15%), as internações de médio e grande queimados possui grande impacto financeiro, dado a complexidade e densidade tecnológica envolvida. É sabido que os hospitais recebem outras fontes de recursos para custeio de suas atividades, contudo, linhas prioritárias, de interesse para a saúde pública, carecem de maiores investimentos para a melhoria do prognóstico dos usuários. Ademais, iniciativas que agregam estudos de necessidade assistencial e o custo atribuído são extremamente necessárias para o fomento de um sistema de saúde sustentável.

Nessa esteira, este estudo, além de discutir custos para fomento de uma linha de cuidado, descreve uma metodologia para dimensionamento de necessidades de saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 1.273, de 21 de novembro de 2000 – que cria mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência a Queimados. Brasília, 2000.

LA FORGIA, G. M.; COUTTOLENC, B. F. Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência. SAO PAULO: Singular. 2009.

MINAS GERAIS, Secretaria Estadual de Saúde. Deliberação CIB-SUS nº 3.763, de 22 de março de 2022, que aprova as diretrizes de estruturação da Linha de Cuidado da Assistência ao Paciente Queimado para a Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Estado de Minas Gerais, no âmbito da Política Hospitalar Valora Minas.

OECD Health Policy Studies. *Value for Money in Health Spending*. Paris: OECD, 2010.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. UNA-SUS/UFMA. Redes de Atenção à Saúde: a atenção à saúde organizada em redes/ Nerícia Regina de Carvalho Oliveira. - São Luís, 2016.

ROCHA, E. et al. Cultura e consumo: um roteiro de estudos e pesquisas. *Anais do Encontro Nacional da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração*, Foz do Iguaçu, PR, Brasil, 23, 1999.

ROCHA, M.C. A Teoria de Opções Reais e o método de classificação de pacientes por Grupo de Diagnósticos Relacionados. Teses (Doutorado em Administração). Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração, Universidade Federal, 2020.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br>, Acesso em: 16/08/2022



GSS
GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL

III SEMINÁRIO DA PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Vieira, F. S.; Sá E Benevides, R. P. de. *Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil.* Nota Técnica. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA. set. 2016.

PROGRAMA PREVINE BRASIL: UM CONCEITO MERCANTIL NA SAÚDE BRASILEIRA

Júlio César Rabêlo Alves - Enfermeiro, Mestrando em Saúde Coletiva – UEFS

Clara Aleida Prada Sanabria - Médica, Doutora em Saúde Pública – ISC/UFBA

RESUMO: O Programa Previne Brasil foi incorporado na Atenção Primária à Saúde, em 2019, como um financiamento misto baseado na captação ponderada, no pagamento por desempenho e no incentivo para as ações estratégicas. Este novo modelo surge com a promessa de atingir bons indicadores de saúde e aumentar a produtividade nos registros de consultas, mas que, na prática, compromete a qualidade nos atendimentos, prejudica os recursos financeiros dos municípios e estimula a privatização do SUS. Então, este estudo é um Ensaio Acadêmico, do Mestrado em Saúde Coletiva, com o objetivo de argumentar sobre os impactos do Programa Previne Brasil como um propulsor do mercantilismo na saúde brasileira. Para isso, foram feitas buscas de artigos científicos na base de dados da SciELO e definido os descritores, abaixo, de acordo com a classificação dos DeCS. É importante ressaltar a limitação de conteúdos disponíveis, por ser uma temática recente. Porém, o Programa Previne Brasil dispõe de muitas críticas, pois desconsidera os problemas estruturais das unidades de saúde, a precariedade dos recursos tecnológicos, a universalidade do acesso e a integralidade do cuidado. Além de que, prioriza a quantidade dos indicadores e não sua qualidade, favorece a inserção da iniciativa privada na Atenção Primária e o agravamento do subfinanciamento público. Em suma, este novo modelo de financiamento reforça a ideia de uma política neoliberal na saúde, que ao longo dos últimos anos vêm se intensificando e, conseqüentemente, amplia as desigualdades socioeconômicas e o estigma do Sistema Único de Saúde para os pobres. Então, é necessária uma ação popular reivindicando seu direito à saúde, o fortalecimento dos princípios do SUS e uma conscientização do Estado, sob domínio dos gestores políticos, quanto aos seus deveres Constitucionais que não podem ser mercantilizáveis.

PALAVRAS-CHAVE: Financiamento da Assistência à Saúde; Atenção Primária à Saúde; e Política de Saúde.

AGRADECIMENTO: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB).

INTRODUÇÃO

A Atenção Básica (AB) focaliza na prevenção de doenças e promoção da saúde de uma comunidade, dispondo de tecnologias, predominantemente, leves e, por isso, acessíveis para a população, sobretudo em um contexto socioeconômico desfavorável. Dessa forma, Starfield (2002) relata que quanto maior a desigualdade de renda dentro dos países, maiores as taxas de problemas relacionados à saúde.

O Programa Previne Brasil (Portaria 2.979 de 2019) modificou o financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS) constituindo de um modelo misto que inclui: 1) captação ponderada, 2) pagamento por desempenho e 3) incentivo para as ações estratégicas. Antes da sua implementação, o cálculo era baseado pelo Piso da Atenção Básica (PAB) que vigorou desde a Norma Operacional Básica (NOB) de 1996, com repasses de recursos federais fixo, per capita, e o variável estimulando programas recomendados pelo Ministério da Saúde, como a Estratégia Saúde da Família (ESF) que passou a se fortalecer desde então (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020).

A partir deste fato, o PAB variável relativo ao desempenho, que estava atrelado ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), desde 2011 (MELO et al., 2019), passa a ser associado, inicialmente, a 07 indicadores dos principais Programas de Saúde Pública. E, segundo Melo et al. (2019), os repasses de recursos financeiros contam ainda com o incentivo de ações estratégicas como na implementação do Programa Saúde na Hora, Consultório na Rua, Saúde na Escola e Academia da Saúde, por exemplo.

Contudo, Soares et al. (2021) demonstram uma preocupação de como a APS será avaliada, visto que o pagamento por desempenho conta agora com indicadores, essencialmente,

quantitativos, diferente do PMAQ-AB que dispunha de uma avaliação também qualitativa. Os autores relatam ainda a importância da associação da produtividade associada a qualidade, como a escuta qualificada.

Essas medidas na reformulação da APS foram iniciadas antes do Previne Brasil, já em 2017, com a Portaria nº 2.436 que instituiu a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), houve um processo de reestruturação que abrangeu diretrizes, formas de organização dos serviços, composição de equipes e do processo de trabalho (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020). Por isso, segundo Harzheim et al. (2020), busca-se o fortalecimento dos atributos da PNAB e as decisões políticas a respeito perpassam pelas mudanças no financiamento federal. Desde então, atitudes são tomadas promovendo um modelo mercantilista de gestão e atenção à saúde (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020). Entretanto, segundo Soares et al. (2021), não houve envolvimento do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nas discussões e aprovações deste novo programa financeiro da APS, uma falha grave, visto que contam com 50% de representantes das camadas populares que são importantes na formulação de políticas públicas de saúde.

Neste sentido, Morosini, Fonseca e Baptista (2020) descrevem as portarias sucessivas que foram publicadas para fortalecer o Programa Previne Brasil, como a de nº 322 de 10 de novembro de 2019, determinando os indicadores para o pagamento por desempenho; portaria 3.510 de 18 de dezembro de 2019, incentivando o financiamento às equipes de saúde da família que sejam campo de prática da residência médica, dos profissionais de enfermagem e/ou odontólogo; e a Portaria nº 99 de 07 de fevereiro de 2020, redefinindo o registro das equipes da APS no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNDES).

Acrescenta-se ainda a nota técnica nº 33 de 27 de janeiro de 2022, reconfigurando o NASF-AB (Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica), que de acordo com Paulino et al. (2021) esta ação abre precedentes para a precarização do atendimento, vai contra a interprofissionalidade, prioriza questões financeiras e representa um desmonte da AB. Além disso, foi criada a Carteira de Serviços da APS (CaSAPS) em 18 de dezembro de 2019, descrevendo as ações clínicas ofertados pela Atenção Primária. Essas atitudes que, segundo Morosini, Fonseca e Baptista (2020), aumentam a condição de contratação do setor privado e diminui a perspectiva multiprofissional na Atenção Básica frente a característica, histórica, biomédica. Então, os procedimentos passam a serem precificados e tornam-se mais passíveis o recrutamento de terceiros.

Dessa forma, Harzheim et al. (2020) referem que para desenhar a reforma atual, modelos internacionais foram profundamente estudados e adaptados à realidade brasileira. Os autores citam ainda que o modelo de pagamento por desempenho é realidade em diversos países como no Reino Unido, que dispõe de um sistema de saúde público, além da Austrália e nova Zelândia, entre outros, obtendo níveis satisfatórios, de indicadores, dentro do parâmetro estabelecido. Entretanto, não é adequado comparar um mecanismo de pagamento de profissionais de saúde, como o adotado no Reino Unido, com as transferências intergovernamentais em um país continental como o Brasil (MELO et al., 2019).

Logo, Harzheim et al. (2022) relatam que houve aumento no cadastro no banco de dados da APS, o SISAB, de 98,2 milhões de pessoas no 2º quadrimestre de 2019, antes da inserção do programa, para 152,8 milhões de pessoas devidamente cadastradas, sem duplicação, no 2º quadrimestre de 2022. Ou seja, um aumento de 55% no período de 02 anos, desde o seu lançamento. Os resultados nos avanços dos cadastros favorecem o alcance de maior presença no primeiro contato com o usuário (HARZHEIM et al., 2022), mas não podem ser considerados sinônimo de acesso e cuidado (MELO et al., 2019). Desta forma, verifica-se o excesso de Portarias emitidas pelo Ministério da Saúde intensificando a burocracia para o objetivo desejado de ampliação dos cadastros (MENDES; MELO; CARNUT, 2022).

Em meio a esta implementação do novo financiamento da Atenção Primária, surgiu a pandemia da COVID-19 e sua inserção no ano de 2020 foi caracterizada por uma série de medidas flexíveis. Ficou estabelecida uma metodologia de cálculo para identificar quais municípios teriam prejuízos, manutenção ou ganho em comparação aos recebimentos de 2019 (MENDES; MELO; CARNUT, 2022). Pensando nisso, Servo et. al. (2020) projeta que o período pós-pandêmico, com uma forte recessão econômica, aumentará as restrições na atuação dos estados e municípios no financiamento do SUS, já que as principais fontes de receitas tributárias estão concentradas na União.

Portanto, a escolha desta temática justifica-se por ser um Programa com inserção recente e uma grande complexidade em relação a defesa e crítica na sua implementação, visto que envolve fatores financeiros da saúde e, conseqüentemente, influenciam nas ações das políticas públicas. Ademais, a pandemia da COVID-19 intensificou essas discussões e comprometeu a inserção desta nova forma de financiamento da APS nos moldes originais do seu lançamento. Dessa forma, este ensaio acadêmico tem por objetivo argumentar sobre os impactos do Programa Previne Brasil como um propulsor do mercantilismo na saúde brasileira.

METODOLOGIA

Trata-se de um Ensaio Acadêmico, do Mestrado em Saúde Coletiva, sobre os impactos do Programa Previne Brasil como um propulsor do mercantilismo na saúde brasileira. Para isso, foram selecionados artigos, entre março e julho de 2022, nas bases de dados da Scientific Electronic Library Online (SciELO) e da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS).

Na realização deste estudo ficou definido os descritores: “Financiamento da Assistência à Saúde”; “Atenção Primária à Saúde”; e “Política de Saúde”. Foram incluídos artigos baseados na leitura na íntegra e excluídos os que não contemplassem o tema abordado. É importante ressaltar a limitação de conteúdos publicados devido a implementação recente do Programa Previne Brasil, em 2019, seguido da pandemia da COVID-19 que centralizou a maioria das pesquisas.

Reforça-se então a complexidade desta nova forma de financiamento da APS, gerando muitos debates por ser uma temática complexa e determinante para o futuro dos regimentos do SUS.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O Programa Previne Brasil dispõe de muitas críticas, Seta, Ocké-Reis e Ramos (2021), relatam que este novo modelo desconsidera os problemas gerenciais na manutenção das equipes, estrutura física das unidades e perdas dos registros em transição de tecnologias, como na implementação do sistema e-SUS. Outrossim, Soares et al. (2021) afirmam que a extinção do PAB fixo, em uma época de crise econômica e subfinanciamento do SUS, dificulta o planejamento em saúde.

Neste sentido, Mendes, Carnut e Guerra (2022) relatam que o pagamento por desempenho intensificará a priorização da quantidade de atendimentos e induzirá um comportamento individualista dos profissionais para o alcance de suas metas, impelidos por uma rotina exaustiva. Este fato que não vai representar uma qualidade nos serviços ofertados, pelo contrário, pode induzir erros, descaracterizará as relações afetivas e a educação em saúde. Esta prática gera uma postura profissional produtivista e pouco empática, que poderá acarretar em um descontentamento da comunidade (MENDES; CARNUT; GUERRA, 2022). Assim, Melo et al. (2019) mencionam que o Previne Brasil não favorece as ações comunitárias, cruciais para a promoção da saúde.

Além disso, Morosini, Fonseca e Baptista (2020) afirmam que o este Programa traz mudanças radicais com o fim do financiamento universal da atenção básica, agravando a ruptura

com o princípio da universalidade, admitindo que parte da população não será atendida na Atenção Básica, focalizada nos segmentos mais pobres da população. O financiamento da APS deixa de ser universal e passa a ser restrito à população cadastrada pelos municípios (MASSUDA, 2020), isto favorece a focalização da assistência em detrimento a universalização do acesso (MENDES; CARNUT; GUERRA, 2022).

Não resta muita dúvida que este tipo de ações torna o Sistema de Saúde cada vez menos único, no qual mais agentes podem participar indiferenciadamente, sejam eles, públicos ou privados (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020). Por analogia, Paim (2018) menciona que a investida da iniciativa privada na saúde brasileira não defende a extinção do SUS, mas que este sistema focalize suas ações nos grandes riscos e nos mais pobres. Além disso, os últimos gestores públicos pouco têm feito para inibir essa inversão de pensamento em comparação ao que rege os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Dessa forma, sob a hegemonia da racionalidade neoliberal, a lógica privatista tem reforçado a ampliação da sua presença na AB, principal frente de expansão do direito à saúde na vigência do SUS (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020). Massuda (2020) acrescenta que essa lógica de atuação agravará o subfinanciamento público da saúde no Brasil, podendo reverter conquistas históricas de redução de desigualdades em saúde, tratando-se, portanto, de um retrocesso, colocando em risco a cobertura da ESF e o acesso aos serviços básicos. Como, por exemplo, no desestímulo à manutenção do NASF, pondo em risco o princípio da integralidade (SETA; OCKÉ-REIS; RAMOS, 2021).

Ademais, Morosini, Fonseca e Baptista (2020) explicam que a Atenção Básica no Brasil representa o fortalecimento do SUS e, historicamente, sempre houve um embate sobre o seu financiamento, muitas vezes, insuficientes, mas que ainda assim proporcionavam medidas significativas confrontando com o modelo hospitalocêntrico e na expectativa em avançar na superação do modelo biomédico. Outrossim, Mendes, Melo e Carnut (2022) afirmam que as ações defendidas para a inserção deste novo programa simulam o ganho de mais recursos financeiros, porém de difícil operacionalização. Além disso, embora indique possibilidades de alocação de recursos para municípios com maiores necessidades, não contempla de modo satisfatório a diversidade de situações existentes (MELO et al., 2019).

Portanto, Morosini, Fonseca e Baptista (2020) defendem que a manutenção do PAB fixo representava a garantia de continuidade de recursos para a organização da Atenção Básica. Bem como, relatam que as desigualdades sociais, territoriais e assistenciais no Brasil exigem um modelo que considere as dificuldades e vulnerabilidades existentes, orientando-se pela equidade. Entretanto, as mudanças recentes na APS remetem uma suposta melhoria de eficiência e efetividade na aplicação dos recursos e de resolutividade, ao mesmo tempo em que revelam o potencial de acelerar e aprofundar a privatização (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em suma, o Programa Previne Brasil reforça a ideia de uma política neoliberal na saúde, que ao longo dos últimos anos vêm se intensificando. A Atenção Primária estava “ilesa” até então, mas agora sofre com esta prática que favorece a privatização, e, conseqüentemente, amplia as desigualdades socioeconômicas e o estigma do SUS para os pobres. Esta nova forma de financiamento simula o ganho de mais recursos financeiros, mas que na prática a burocracia operacional, a precariedade estrutural das unidades de saúde, bem como dos aparatos tecnológicos, e o quantitativo insuficiente de profissionais limitam os ganhos.

Portanto, estes fatos favorecem o modelo biomédico e hospitalocêntrico, indo na contramão dos princípios do SUS. Então, é necessária uma ação popular reivindicando seu direito à saúde, uma melhor qualidade nos atendimentos, a universalidade no acesso e a

integralidade no cuidado, ao mesmo tempo em que o Estado, sob domínio dos gestores políticos, se conscientize que têm deveres Constitucionais que não podem ser mercantilizados.

REFERÊNCIAS

CARLSTRON, P. T. O "Programa Previne Brasil" e seus impactos no financiamento da USF Jardim Denadai no município de Sumaré. 2020. 12 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família) - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2020. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/26331>>. Acesso em 12 jul. 2022.

HARZHEIM, E. et al. Atenção primária à saúde para o século XXI: primeiros resultados do novo modelo de financiamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 02, p. 609-617, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232022272.20172021>>. Acesso em 29 maio 2022.

HARZHEIM, E. et al. Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1361-1374, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.35062019>>. Acesso em 29 maio 2022.

LOBATO, L. de V.; GIOVANELLA, L. Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, L. et. al (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, p. 89-120.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1181-1188, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01022020>>. Acesso em 29 maio 2022.

MELO, E. A. et al. Reflexões sobre as mudanças no modelo de financiamento federal da Atenção Básica à Saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. especial 5, p. 137-144, dez. 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/n5ftgSYH5bsBBJpbxR7L5RN/?lang=pt#>>. Acesso em 09 jul. 2022.

MENDES, A.; MELO, M. A.; CARNUT, L. Análise crítica sobre a implantação do novo modelo de alocação dos recursos federais para atenção primária à saúde: operacionalismo e improvisos. **Cadernos de Saúde Pública**, 38(2):e00164621, 2022. Disponível em: <<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1655/analise-critica-sobre-a-implantacao-do-novo-modelo-de-alocacao-dos-recursos-federais-para-atencao-primaria-a-saude-operacionalismo-e-improvisos>>. Acesso em: 08 jun. 2022.

MENDES, K. M. C.; CARNUT, L.; GUERRA, L. D. da S. Matriz de soluções para os problemas da neoseletividade induzida nos cenários de prática na Atenção Primária pelo programa Previne Brasil. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 1, e37011125018, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i1.25018. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/25018/21975>>. Acesso em 08 jul. 2022.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F. F.; BAPTISTA, T. W. F. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica?. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 9, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00040220>>. Acesso em 29 maio 2022.

PAIM, J. S. O futuro do Sistema Único de Saúde (SUS) em questão. In: **CONASS Debate: o futuro dos sistemas universais de saúde/** Coordenador Fernando P. Cupertino de Barros – Brasília, CONASS, 2018. p. 66-78. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/biblioteca/o-futuro-dos-sistemas-universais-de-saude/>>. Acesso em 05 jul. 2022.

PAULINO, K.C. et al. Reflexões sobre o novo financiamento da atenção básica e as práticas multiprofissionais. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.7, n.1, p. 5362-5372, jan. 2021. Disponível em: <<https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BRJD/article/view/23172/18614>>. Acesso em 10 jul. 2022.

SERVO, L. M. S. et al. Financiamento do SUS e Covid-19: histórico, participações federativas e respostas à pandemia. **Saúde em Debate**, v. 44, n. especial 4, p. 114-129, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042020E407>>. Acesso em 29 maio 2022.

SETA, M. H. D.; OCKÉ-REIS, C. O.; RAMOS, A. L. P. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26 (supl. 2), p. 3781-3786, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.01072020>>. Acesso em 29 maio 2022.

SOARES, C. S. et al. DEBATE ACERCA DO NOVO FINANCIAMENTO DA APS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde (RAHIS)**, Belo Horizonte – MG, vol. 18, n. 2, p. 41-54, jun. 2021. Disponível em: <<https://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/6827>>. Acesso 11 jul. 2022.

SOUZA, L.E. P. F. de; BAHIA, L. Componentes de um sistema de serviços de saúde: população, infraestrutura, organização, prestação de serviços, financiamento e gestão. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. de. **Saúde Coletiva: teoria e prática**, Rio de Janeiro: Medbook, 2014, p.49-68.

STARFIELD, B. Atenção primária e Saúde. In: STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. cap. I, p. 19-98. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>>. Acesso em 04 jul. 2022.

TEIXEIRA, C. F.; SOUZA, L.E. P. F. de; PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde: a difícil construção de um sistema universal na sociedade brasileira. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. de. **Saúde Coletiva: teoria e prática**, Rio de Janeiro: Medbook, 2014, p.121-138.

WEBER, Max. A Política como Vocação. In: GERTH, H. H.; WRIGHT MILLS, C. (org.). **Ensaio de Sociologia**. Zahar. 1971, p.97-153.

QUEM JUDICIALIZA NA REABILITAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA?

Luciana F. F Januzzi – Mestra em Gestão de Serviços de Saúde UFMG - Prefeitura Municipal de Betim.

Keli Bahia Felicíssimo Zocratto - Docente do Mestrado Profissional de Gestão em Serviços de Saúde da UFMG

Vanessa de Almeida Guerra - Docente do Mestrado Profissional de Gestão em Serviços de Saúde da UFMG

RESUMO: No Brasil, a partir do ano 2000, a judicialização tornou-se um meio para a garantia dos direitos individuais, dentre eles, o da saúde. Este fenômeno gera um comprometimento do orçamento público destinado para o custeio de benefícios individuais. A média complexidade sofre com pouco investimento dos gestores, fato que dificulta acesso e potencializa a demanda reprimida, provocando um aumento do volume de processos judiciais. Neste sentido, o presente estudo teve como objetivo analisar o perfil das ações judiciais ajuizadas contra a Secretaria de Municipal de Saúde de Betim em relação aos procedimentos fisioterapêuticos no período entre 2015 e 2019. Realizou-se um estudo observacional transversal descritivo e identificou-se um total 26 processos relacionados à reabilitação fisioterapêutica. A partir da análise descritiva dos dados, observou-se que a representação da maioria dos processos era por advogados particulares (76,9%) e a prescrição, por profissionais médicos de outra localidade diferente da residência do réu (79,2%), e que os beneficiários pleiteavam serviços e insumos não disponíveis na tabela SUS (80,8%). Concluiu-se que as pessoas que recorrem ao judiciário pleiteando algum serviço ou produto relacionado à reabilitação são menores de idade com alterações neurológicas, que utilizam da via judicial para obterem terapias não disponibilizadas pelo SUS.

PALAVRAS-CHAVE: Judicialização da saúde; Serviços de Reabilitação; Sistema Único de Saúde

INTRODUÇÃO

No âmbito internacional, a partir da II Grande Guerra, o termo judicialização foi, cada vez mais, associado à ampliação dos direitos humanos fundamentais, resultando em uma notável expansão da via judicial como mecanismo de controle dos demais poderes. A judicialização passou a ser compreendida como a decisão, pelo Poder Judiciário, de questões relevantes do ponto de vista político, social ou moral (GOMES et al., 2014). No Brasil, após a aprovação da Constituição Federal Brasileira de 1988, tornou-se, cada vez mais frequente a interferência do poder judiciário em questões que, primariamente, são de competência dos poderes executivos ou legislativos, como questões relacionadas à área da saúde.

A política do SUS traz, como princípios, a garantia do direito à saúde com equidade, integralidade e universalidade, reforçando que saúde envolve promoção, proteção e recuperação a todos, respeitando as necessidades coletivas (DOMINGOS; ROSA, 2019). A judicialização da saúde inverte essa lógica quando desconsidera as políticas públicas e, conseqüentemente, os princípios do SUS, tornando a saúde pública um grande mercado consumidor para novas práticas que nem sempre atendem às necessidades sanitárias da população. As medidas judiciais tendem a individualizar a política, privilegiando o direito individual sobre o coletivo (CARLI; NAUNDORF, 2019).

As tecnologias em saúde são empregadas na promoção, prevenção, redução de danos, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Incluem fármacos, procedimentos, equipamentos e sistemas organizacionais usados em saúde e que acabam aumentando os custos da prestação de serviços (SETSUKO et al., 2017). A dificuldade de acesso às tecnologias disponíveis no nível secundário, em decorrência da demanda reprimida e do longo tempo de espera para assistência, acarreta prejuízos à assistência em saúde (FERRER et al., 2015), o que pode potencializar o uso da judicialização como uma via de acesso ao sistema (GOMES et al., 2014). Os serviços ambulatoriais especializados de fisioterapia são incluídos na atenção secundária (FERRER et al., 2015) e compartilham dos mesmos problemas. A atenção de média complexidade

configura-se como o atual “gargalo” do sistema de atenção à saúde, com problemas relacionados à qualidade do serviço, subfinanciamento e pouca integração com os demais níveis de complexidade do sistema, o que dificulta a integralidade na atenção ao usuário do SUS.

A judicialização na saúde torna-se uma via de acesso que pode ser analisada por perspectivas distintas e entendida como um fenômeno negativo para a gestão em saúde, uma vez que pode repercutir negativamente na execução das políticas públicas. Por outro prisma, ela pode ser aliada do sistema público de saúde por sinalizar as deficiências e estimular a reflexão para novas políticas de forma a reduzir a distância entre o normativo teórico que determina o SUS e a prática dos serviços de saúde (MACHADO et al., 2011). Diante desse contexto, os usuários e/ou familiares recorrem às vias judiciais como meio de acesso a essas tecnologias de ponta no tratamento de algumas doenças ⁷.

Desse modo, este estudo tem como objetivo analisar o perfil das ações judiciais ajuizadas contra a Secretaria Municipal de Saúde de Betim (MG) em relação aos procedimentos fisioterapêuticos, no período entre 2015 e 2019.

MÉTODOS

A metodologia utilizada para esta pesquisa foi um estudo observacional, transversal descritivo, com abordagem quantitativa, seguido por uma análise documental. Os dados foram obtidos a partir de processos judicializados contra o município de Betim entre os anos de 2015 e 2019, obtidos na Procuradoria Municipal, envolvendo a Secretaria Municipal de Saúde de Betim (n=874).

Inicialmente, foi solicitada à Secretária de Saúde do Município de Betim e à Procuradoria Geral do Município autorização para o uso dos dados de interesse do estudo. Após autorização, levantaram-se todos os processos jurídicos com demandas para reabilitação no período de 2015 a 2019, os que envolveram a reabilitação foram analisados e os dados destes, coletados por meio de um formulário com categorias relativas ao processo (número do processo; data de entrada; representação do autor no Poder Judiciário), ao beneficiário (sexo, idade, município de residência) e à demanda (profissional prescriptor; origem do atendimento de saúde -público e privado, município do estabelecimento de saúde em que ocorreu o atendimento; diagnóstico relativo ao autor do pedido). A representação no Poder Judiciário foi classificada em: escritório de advocacia (particular), Defensoria Pública, Ministério Público, Núcleo de Assistência Judiciária e Juizado Especial (público).

Os dados coletados foram tabulados e realizou-se a análise descritiva das medidas de variabilidade e tendência central, assim como a distribuição de frequências, utilizando o software SPSS®, versão 19. A análise descritiva das variáveis quantitativas ocorreu por distribuição de frequência e, para as variáveis quantitativas referentes à idade, apresentaram-se os dados por mediana e quartis, em virtude do tamanho da amostra estudada relativo ao quantitativo total de processos relacionados a reabilitação (n= 26).

Este projeto foi submetido e aprovado pelo COEP (Comitê de Ética e Pesquisa) UFMG, CAAE 30987720.4.0000.5149, Número do Parecer: 4.294.649, situação aprovada em 23 de setembro de 2020. Em seguida, foi enviado para aprovação junto ao Comitê de Ética e Pesquisa do Município de Betim, como Instituição Coparticipante, recebendo aprovação em 27 de novembro de 2020.

RESULTADOS

A partir da análise dos processos relacionados à reabilitação, verifica-se que as demandas judiciais, relacionadas à reabilitação no município de Betim/MG, utilizaram, em sua maioria (80,8%), ação ordinária para requerer terapias de reabilitação ou produtos relacionados à reabilitação. A representação dos beneficiários, junto ao poder judiciário, foi realizada por escritórios particulares de advocacia (76,9%), seguida de 23,1% de serviços judiciais públicos.

Observou-se um predomínio do sexo masculino (65,4%) em relação aos beneficiários dos processos. A mediana de idade dos beneficiários foi de 13 anos.

No que diz respeito aos diagnósticos clínicos apresentados, verificou-se que 22 (88%) dos beneficiários apresentavam diagnóstico clínico relacionado a alterações neurológicas. Dentre os profissionais que solicitaram pedidos de terapias ou produtos da reabilitação para o beneficiário compor seu processo judicial, verificou-se que a categoria médica (n=19;79,2%) foi a que mais emitiu laudo. Dois processos não continham informações do profissional prescritor. O atendimento realizado pelos beneficiários para obter o laudo solicitante de algo relacionado à reabilitação era proveniente do serviço privado de saúde, em 20 processos (83,3%). Com relação ao pedido de terapias ou produtos de reabilitação ter origem no mesmo município que o usuário reside, observou-se que em 20 processos (83,3%), a solicitação de reabilitação era proveniente de município diverso daquele de domicílio do requerente. As solicitações realizadas junto ao judiciário requeriam, em sua maioria, (n=21;80,8%) itens que não estavam contemplados na Tabela SUS (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização dos Processos Judiciais da Reabilitação Município de Betim obtidos na PROGEM de Betim (n = 26)

<i>Tipo de ação</i>	n	%
Ação ordinária	21	80,6%
Ação ordinária com pedido de tutela	2	7,7%
Agravo de instrumento	2	7,7%
Cominatória com antecipação de tutela	1	3,8%
<i>Representação no poder judiciário</i>		
Particular	20	76,9%
Público	6	23,1%
<i>Sexo dos beneficiários</i>		
Masculino	17	65,4%
Feminino	9	34,6%
Idade (mediana (Q1 - Q3)) (anos)	13	(9,3 - 15,8)
<i>Diagnóstico por grupamento (n = 25)</i>		
Neurológico	22	88%
Ortopédico	2	8%
Mental	1	4%
*Sem informação do diagnóstico	1	
<i>Profissional prescritor (n = 24)</i>		
Fisioterapeuta	4	16,7%
Médico	19	79,2%
Terapeuta ocupacional	1	4,1%
*Sem informação do profissional prescritor	2	
<i>Origem do atendimento (n = 24)</i>		
Privado	20	83,3%
Público	4	16,7%
*Sem informação da origem do atendimento	2	
<i>Município atendido é o mesmo da residência? (n = 24)</i>		
Não	20	83,3%
Sim	4	16,7%
<i>Município atendido é o mesmo da residência? (n = 24)</i>		
*Sem informação da origem do atendimento	2	
<i>Item solicitado pertence a Tabela SUS</i>		
Não	21	80,8%
Sim	5	19,2%

Fonte: Elaborada pela autora, 2022.

DISCUSSÃO

O perfil das judicializações relacionadas à reabilitação do município de Betim demonstrou um predomínio de interesses particulares tanto em parte dos usuários que possuem esperança de melhora funcional, como de terceiros por meio de interesses de escritórios de advocacia e profissionais de saúde. Os beneficiários dos processos requeriam, em sua maioria, produtos e serviços de reabilitação não contemplados pelo SUS e, tampouco, aprovados pela CONITEC.

Através da análise dos processos judiciais relacionados à reabilitação, no presente estudo, constatou-se um predomínio da utilização escritórios particulares em relação à representação judiciária pública gratuita. A representação junto ao judiciário foi realizada através de escritórios particulares de advocacia por meio de ações ordinárias, em consonância

ao estudo de Chieffi, Barradas e Golbaum (2017) que identificaram ser essa ação escolhida para as demandas em geral e específicas para fisioterapia.

O estudo de Moraes, Teixeira e Santos (2019), com o objetivo de identificar o perfil da judicialização em questões relacionadas à reabilitação, evidenciou que a tutela antecipada foi a ferramenta jurídica utilizada em todos os processos analisados. Por outro lado, Gomes et al. (2014) observaram um predomínio de ações individuais utilizando o pedido de liminar para requerer procedimentos ambulatoriais e hospitalares à Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais.

O predomínio de escritórios particulares de advocacia para a representação jurídica dos processos com demandas de reabilitação no município de Betim, identificado no presente estudo, parece não configurar um padrão para o acionamento da justiça. Analisando outros trabalhos relacionados à judicialização na saúde, não se observa regularidade quanto à forma de representação do judiciário, sendo que, em alguns estudos, prevalece o acionamento da defensoria pública e, em outros, por meio de advogados particulares.

O estudo descritivo, realizado por Machado et al. (2011), e o estudo de Gomes et al. (2014), que analisaram características das demandas judiciais no Estado de Minas Gerais, observaram que a maioria dos processos era proveniente de escritórios particulares de advocacia, corroborando com o encontrado no presente estudo. Em contraposição, Moraes, Teixeira e Santos (2019), ao identificarem o perfil da judicialização de tratamentos de pacientes neurológicos, com método pertencente ao Programa Intensivo de Fisioterapia, observaram que, em 82% dos processos analisados, a representação jurídica foi a Defensoria Pública.

Somado a isso, constatou-se que a indicação para o pleito de algo relacionado à reabilitação era, em sua maioria, prescrita por profissionais médicos não integrantes do Sistema Público de Saúde. A maior parte das judicializações envolvendo a reabilitação do município de Betim foi proveniente de solicitações advindas de médicos, de serviços de saúde privados, sugerindo que pode haver pouco acionamento do profissional fisioterapeuta para avaliação e diálogo prévio à judicialização. Isso significa que o profissional médico apresenta pouco conhecimento sobre a funcionalidade do indivíduo, tendo um amplo conhecimento com questões clínicas.

O estudo de Machado e Nogueira (2008) com objetivo de caracterizar o perfil sociodemográfico e satisfação de usuários de serviço de fisioterapia, verificou que cerca de 81% tiveram indicação médica para realizar fisioterapia. O estudo de Fréz e Nobre (2011), que caracterizou o perfil de usuários que aguardavam pelo atendimento de fisioterapia no nível secundário, verificou que a maior parte dos encaminhamentos para fisioterapia eram de especialidades médicas, principalmente da especialidade ortopedia.

Os avanços científicos e tecnológicos, somados a interesses de grupos de saúde, utilizam-se de estratégias de marketing para incentivar a classe médica e os usuários a trocarem de opções terapêuticas (OLIVEIRA et al., 2018). Situações de incentivo de trocas são muito comuns pelas indústrias farmacêuticas que induzem substituições, na maioria das vezes, sem vantagens terapêuticas ou sem comprovação. Do mesmo modo, técnicas da reabilitação desenvolvidas em outros países são trazidas e divulgadas no meio médico, com promessas de melhores resultados terapêuticos comparados às técnicas fisioterapêuticas convencionais, induzindo os profissionais médicos a prescreverem novas técnicas, anterior à comprovação científica. Como consequência, solicitam-se itens ou terapias não pertencentes ao rol de procedimentos disponibilizados no SUS. Os estudos de Domingos e Rosa (2019) e de Gomes et al. (2014) reforçam que a maior parte das judicializações em saúde são indicações médicas, seja medicamento, procedimento, insumos ou necessidade de internação.

Outro fato relevante encontrado na análise dos processos relacionados à reabilitação é o de que o profissional prescritor da demanda, que culminou no processo judicial, neste estudo,

é o de localidade diferente da residência do beneficiário, logo, sinaliza um desconhecimento real de quem solicita em relação à disponibilização e oferta dos serviços de saúde.

O acesso aos serviços de saúde não equivale apenas à utilização dos serviços, mas dispor deles nas circunstâncias e tempo adequado para obter melhores resultados de saúde. Deve haver uma conexão dos serviços e ações de saúde relacionados à assistência do paciente. A atenção primária da saúde deve ser a porta de entrada e ordenadora dos fluxos para todos os demais serviços de saúde. Cabe à atenção primária a resolutividade de grande parte dos problemas, encaminhando para a atenção secundária somente casos que exijam cuidado especializado.

A dificuldade de integração entre estes dois níveis de atenção, a falta de definição dos fluxos assistenciais e a insuficiente retaguarda especializada, leva os usuários dos serviços de saúde a recorrerem a outros municípios em busca de resolução para suas demandas de saúde não solucionadas no seu município de origem. Resultado diferente foi encontrado no estudo de Gomes et al. (2014) em que os beneficiários residiam no mesmo município que partiu os requerimentos judiciais para procedimentos e insumos da média/alta complexidade no Estado de Minas Gerais. Cabe ao profissional de saúde da atenção primária conhecer a oferta das ações e serviços de saúde do seu território, informando ao paciente e seus familiares os recursos disponíveis, bem como sejam cientificamente adequados para atender a demandas individuais de cada paciente.

A Tabela SUS é um norteador para a prestação de serviços públicos e grande parte das demandas requisitadas pelos beneficiários, nos processos judiciais, não estavam incluídos. A maioria dos processos relacionados à reabilitação, levantados na Procuradoria Municipal, solicitava à Secretaria Municipal de Betim a oferta de serviços ou produtos não pertencentes à Tabela SUS. Resultado semelhante foi encontrado no estudo descritivo, realizado por Machado et al. (2011), com processos judiciais com demandas por medicamentos no Estado de Minas Gerais em que 56% dos itens pleiteados serviços particulares não apresentavam registros nas listas oficiais da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais. Cerca de 80% destes medicamentos, não disponíveis na listagem oficial do Estado, apresentavam alternativa terapêutica disponível na Rename.

Na literatura, encontram-se poucas evidências em relação à judicialização envolvendo a reabilitação. Verifica-se apenas um estudo, realizado no Estado do Rio de Janeiro, com objetivo de analisar os processos submetidos ao Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro relacionados à judicialização de tratamentos de crianças com diagnóstico clínico de Paralisia Cerebral com o Método Therasuit, no período entre 2013 e 2017. O Método Therasuit é recurso utilizado para promover a melhoria da capacidade funcional e déficits motores, aplicado no tratamento de pacientes neurológicos, principalmente em crianças com diagnóstico de Paralisia Cerebral. Até o momento, o Método Therasuit não foi avaliado pela CONITEC e não consta como procedimento disponível na Tabela SIGTAP (Tabela Unificada do SUS) para atendimento de pacientes com distúrbios neurofuncionais.

No estudo de Moraes, Teixeira e Santos (2019), o custo anual médio de terapias de reabilitação não padronizada pelo Therasuit foi de R\$ 55.766,01 por paciente na cidade do Rio de Janeiro/RJ. Para fins comparativos, a média de custo anual do tratamento oferecido pelo SUS para reabilitar pacientes com diagnóstico clínico de Paralisia Cerebral é de R\$1.320,40 (COSTA; SILVA; OGATA, 2020).

O perfil sociodemográfico das judicializações da reabilitação difere do perfil assistencial encontrado nas unidades de reabilitação fisioterapêutica como identificado em alguns estudos, sugerindo um predomínio do sexo masculino e com idade mais jovem. De acordo com o estudo realizado de Souza et al. (2016), com o objetivo de traçar o perfil e analisar a demanda funcional de usuários de serviços de reabilitação públicos do município de Belo Horizonte/MG, verificou-se que, dos 516 usuários avaliados, cerca de 75% eram do sexo feminino e com idade média de 57 anos. Perfil de usuários de reabilitação semelhante ao

encontrado no estudo de Codogno et al. (2015), realizado na cidade de Bauru (SP), que identificou que, entre 960 participantes com distúrbios musculoesqueléticos no Sistema Público de Saúde, a maioria eram mulheres e a idade média foi de 64,7 anos. O estudo de Ferrer et al. (2015) também constatou que a demanda de fisioterapia na cidade de Bragança Paulista (SP) era, em sua maioria, de mulheres e idosas. As mulheres, por terem afazeres domésticos e atividades profissionais, apresentam maior complicação osteomusculares em uma faixa etária acima dos 50 anos.

Ao verificar o perfil sociodemográfico dos requerentes de medicamentos através da via judicial, verifica-se ser diferente dos processos da reabilitação, como ilustrado no trabalho de Maduro e Pereira (2020) e Machado et al. (2011) em que houve um predomínio do sexo feminino dentre os beneficiários dos processos, diferentemente do encontrado neste estudo, em que houve predomínio do sexo masculino. Em contrapartida, Gomes et al. (2014) identificaram um predomínio do sexo masculino e faixa etária acima de 50 anos na população que recorreu ao judiciário pleiteando medicamentos à Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, demonstrando não haver uma predileção de sexo e idade para as judicializações relacionadas à saúde.

CONCLUSÃO

O fenômeno da judicialização está em expansão atingindo a assistência farmacêutica e outros setores da saúde. A intervenção maior do judiciário em questões de responsabilidade do executivo sinaliza falhas na gestão do SUS que comprometem o acesso dos usuários à saúde. A judicialização relacionada à reabilitação, no município de Betim apresentou um volume pequeno de processos ao se comparar com as demandas judiciais que envolvem outros pedidos como medicamentos, cirurgias e internações. Apesar deste quantitativo, os resultados sinalizam que existem dificuldades quanto à organização e fluxos de reabilitação no município os quais necessitam ser revistos. Deve-se atentar ao fato de que as demandas judiciais solicitavam produtos e serviços não disponibilizados pelo SUS, trazendo a reflexão de se otimizarem os recursos e terapias fisioterapêuticas oferecidas pelo Município.

Notou-se, portanto, um predomínio de escritórios particulares de advocacia e serviços de saúde particulares de saúde nas judicializações da reabilitação. Tal fato traz a reflexão da judicialização, na reabilitação, ser uma forma de acesso a interesses individuais e um meio de favorecer interesses financeiros de empresas visando induzir a comercialização de seus produtos e terapias ainda não aprovados e ofertados pelo SUS. Do mesmo modo que ocorre na assistência farmacêutica, observou-se a tendência de forçar a incorporação de tecnologias no SUS de custo maior e sem evidência de superioridade de resultados quando comparadas às terapêuticas disponibilizadas pelos serviços públicos.

Desse modo, este estudo abre novo olhar sobre a reabilitação no município de Betim, uma vez que expõe, para os gestores, a necessidade de rever ações direcionadas para reabilitação. A organização da rede de assistência da reabilitação deve envolver os três níveis e não só focar no nível secundário. A comunicação e o conhecimento do fazer nos níveis de atenção é de suma importância para o transitar do usuário na assistência de reabilitação, cujo conhecimento deve atingir médicos e enfermeiros, evitando encaminhamentos desnecessários e transferência de cuidado sem comunicação efetiva com o usuário, alcançando também o Poder Judiciário do Município e, desse modo, reduzindo o seguimento de processos judiciais sem fundamentação técnica. O fortalecimento de ações de fisioterapia no nível primário reduzirá a dependência por fisioterapia no nível secundário. Investimentos em melhorias físicas e recursos eletrofísicos são importantes para garantir um cuidado mais resolutivo, além da necessidade de capacitação continuada dos profissionais, favorecendo o acesso a evidências científicas para melhor cuidado fisioterapêutico.

REFERENCIAS

CARLI, de; NAUNDORF, Bruno. A aplicação do princípio da solidariedade na judicialização da saúde a partir dos princípios do SUS, da fixação de entendimento pelo STF e da trajetória do Rio Grande do Sul. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 8, n. 3, p. 112, 2019.

CHIEFFI, Ana Luiza; BARATA, Rita Barradas. “Judicialization” of public health policy for distribution of medicines. **Cadernos De Saúde Pública**, v. 25, n. 8, p. 1839–49, 2009.

CODOGNO, Jamile Sanches et al. Association between musculoskeletal disorders and healthcare expenditures among patients from the Brazilian public healthcare system. **Medicina**, v. 48, n. 2, p. 143–150, 2015.

COSTA, Kemily Benini; SILVA, Lia Mota e; OGATA, Márcia Niituma. A judicialização da saúde e o Sistema Único de Saúde: revisão integrativa. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 9, n. 2, p. 149–163, 2020.

DOMINGOS, Larissa de Oliveira; ROSA, Gabriela Ferreira de Camargos. O direito fundamental e coletivo à saúde no contexto da judicialização. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 8, n. 2, p. 82, 2019.

FERRER, Michele Lacerda Pereira et al. Microrregulação do acesso à rede de atenção em fisioterapia: estratégias para a melhoria do fluxo de atendimento em um serviço de atenção secundária. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 22, n. 3, p. 223–230, 2015.

GOMES, Fernanda de Freitas Castro et al. Acesso aos procedimentos de média e alta complexidade no Sistema Único de Saúde: uma questão de judicialização. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 1, p. 31–43, 2014.

MACHADO, Nayara Pinheiro; NOGUEIRA, LT. Avaliação da satisfação dos usuários de serviços de Fisioterapia. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 12, n. 5, p. 401–409, 2008.

MACHADO, Marina Amaral de Ávila et al. Judicialização do acesso a medicamentos no Estado de Minas Gerais, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 3, p. 590–598, 2011.

MADURO, Lauro César da Silva; PEREIRA, Leonardo Régis Leira. Processos judiciais para obter medicamentos em Ribeirão Preto. **Revista Bioética**, v. 28, n. 1, p. 166–72, 2020.

MORAES, Dominique Souza de; TEIXEIRA, Roberta da Silva; SANTOS, Marisa da Silva. Profile of the judicialization of the thesuit method and its direct cost in the scope of the state of Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, p. 1–30, 2019.

OLIVEIRA, Fábio Henrique Cavalcanti de et al. Judicialização do Acesso aos Serviços de Saúde: análise de caso da Secretaria de Saúde de Pernambuco. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 7, n. 2, p. 173–186, 2018.

RAMOS, Raquel de Souza; GOMES, Antônio Marcos Tosoli. A Judicialização da saúde pública no Brasil: um estudo de representações sociais. **Revista Cuidarte**, v. 5, n. 2, p. 827–36, 2014.

SETSUKO, Tereza et al. Avaliação de Tecnologias de Saúde & Políticas Informadas por Evidências. 2017.

APLICAÇÃO DA FERRAMENTA *LEAN POKA YOKE* NO CONTROLE DO DESPERDÍCIO HÍDRICO EM UM HOSPITAL DA CIDADE DE BELO HORIZONTE/MG

André de Barros Ferreira; Mestrando em Gestão dos Serviços de Saúde; UFMG
Karla Rona da Silva; Docente do Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde; UFMG
Rafael de Jesus da Paz; Mestrando em Gestão dos Serviços de Saúde; UFMG
Ricardo Rodrigues de Castro Teixeira; Pós-Graduação em Saúde e Gestão da Qualidade; SENAC

RESUMO

O objetivo do presente estudo foi avaliar a eficácia da utilização da ferramenta *LEAN (Poka Yoke)*, no controle de desperdício de água potável de uma instituição de saúde da cidade de Belo Horizonte. O desperdício de água em inúmeras atividades coopera aceleradamente com a crescente indisponibilidade hídrica global. O nome *Poka Yoke* é de origem japonesa e significa “à prova de erros”, e trata-se de um sistema desenvolvido para prevenir riscos de falhas humanas. A metodologia adotada baseia-se em um estudo de caso único, que descreve a aplicação da ferramenta *LEAN Poka Yoke*. A implantação foi dividida em cinco fases. Foi implantada a contenção mecânica (braçadeira plástica) e os resultados de vazão das 64 torneiras foram medidos juntamente com o consumo em conta mensal. Foram verificadas as contas de água com valores reais e comparados a simulação dos valores sem contenção do ano de 2021, onde mostrou um resultado favorável menor que o previsto sem contenção, ressaltando a economia anual de R\$5.662,68. Mais estudos nesse sentido são recomendados levando-se em consideração um período maior de estudo, e sua comparação com outras instituições de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Lean em hospitais; Recursos hídricos; Poka Yoke

INTRODUÇÃO

Devido às crises de recursos hídricos na última década, a água potável passou a ser o centro das atenções mundiais. O relatório da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco), divulgado durante o Fórum Mundial da Água realizado em março de 2015, estimou que as reservas hídricas do mundo irão diminuir em 40% até 2030 (SILVA *et al.*, 2011; ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2015; ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA, 2003).

A hidrosfera do planeta é composta por consideráveis massas de água, toda a água do planeta (1.370.000.000 km³) é constituída basicamente de dois tipos: água salgada dos mares e água doce dos rios, lagos e lençóis freáticos. Do total, 97% é proveniente dos mares (água salgada imprópria para o consumo humano), restando apenas 3% de água potável (ARAUJO, 2015; PAOLINELLI; NETO; MANTOVANI, 2021). Segundo Rebouças (1999) a escassez de recursos hídricos é um problema grave, que impacta diretamente no crescimento sustentável, gerando além da falta de saneamento básico, instabilidade agropecuária e problemas de saúde pública. Ao compararmos o século passado com o atual, a população cresceu três vezes, porém o consumo de água foi seis vezes maior.

No atual ritmo estima-se que em 2025 serão mais de 4 bilhões de pessoas sem acesso a nenhum tipo de recurso hídrico. Segundo dados da ONU, até 2050 a população mundial será de 10 bilhões de pessoas, sendo este, mais um agravante em relação ao abastecimento hídrico (BARROS; AMIN, 2007). Sendo assim, com a previsão do aumento do consumo das reservas de água e diminuição no controle do uso dos recursos hídricos, podemos justificar a necessidade de um estudo de técnicas e/ou ferramentas que visam a diminuição de desperdício.

Portanto, o objetivo do presente estudo é avaliar a eficácia da utilização da ferramenta *LEAN (Poka Yoke)*, no controle de desperdício de água potável de uma instituição de saúde da cidade de Belo Horizonte. Ao utilizar a ferramenta *Poka Yoke* a fim de diminuir a variação de tempo de vazão entre torneiras fica claro a relevância do presente artigo, do ponto de vista social

ao auxiliar na preservação do meio ambiente através de economia de água potável, com conseqüente redução do custo mensal com recursos hídricos. Do ponto de vista acadêmico, traz sua relevância ao apresentar seus resultados de forma sistematizada, favorecendo assim sua replicação em trabalhos futuros.

REFERENCIAL TEÓRICO

O desperdício de água em inúmeras atividades urbanas e rurais coopera aceleradamente com a crescente indisponibilidade hídrica global. Em 2005 o estudo realizado por Ywashima alertou para o fato que o desperdício de água, em parte, ocorre em empresas e casas, devido a não participação direta dos responsáveis pelo desperdício no pagamento da conta. Ou seja, quanto menos o consumidor participa no custeio do fornecimento hídrico, menos ele se incomoda com o desperdício. Esse fato ocorre principalmente em prédios onde há movimentação pública, onde clientes, funcionários, pacientes, acompanhantes, não têm qualquer participação no pagamento da conta de água, por esse motivo há um grande desperdício de água em hospitais, onde há muita movimentação pública (YWASHIMA, 2005). Não bastasse isso, a inexistência de uma rotina de manutenção preventiva dos sistemas prediais nas edificações em geral pode permitir situações de vazamentos constantes, e conseqüentemente, aumentar sensivelmente o “desperdício de água generalizado” (FERREIRA, 2005).

Além do desperdício de água potável, ocorre proporcionalmente o aumento do volume de esgoto, contribuindo para poluição da água potável em um ciclo de prejuízo ao meio ambiente. Além da questão ambiental há uma grande preocupação com a questão financeira. Atualmente o país enfrenta uma crise financeira associada à uma crise hídrica, o que tem gerado ajuste no valor do metro cúbico de água acima da inflação. Somente no estado de Minas Gerais, em janeiro de 2020, houve um reajuste de 13,15%, em setembro do mesmo ano novo ajuste de 8,36% (MIGUEL, 2000; PAOLINELLI; NETO e MANTOVANI, 2021; ROCHA *et al.*, 2021).

Sabe-se que cerca de 170 milhões de pessoas não têm água potável em suas casas, o que vai contra recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Organização das Nações Unidas (ONU), que sugerem uma média de 2.000 litros por família de 4 pessoas ao dia (MARENGO, 2009; REBOUÇAS; BRAGA; TUNDISI, 1999). Melhoras na eficiência do uso da água são consideradas fundamentais para solucionar e mitigar a projeção da escassez. A alternativa para abastecer a crescente população mundial está diretamente ligada à relação de consumo da água. É indiscutível a importância da ciência e da pesquisa na busca de solução para os desafios sociais, pois há no mundo, água suficiente para suprir as necessidades de crescimento do consumo, desde que haja uma mudança imediata no uso, gerenciamento e compartilhamento do recurso. Segundo especialistas, a crise da água no século XXI é muito mais de gerenciamento do recurso, do que uma crise real de escassez (ROGERS, 2006).

Em 1846 o médico húngaro Ignaz Semmelweis, em seu estudo, evidenciou redução no número de mortes maternas por infecção puerperal, após a implantação da prática de higienização das mãos em um hospital em Viena. Desde então, os serviços de saúde tratam como prioridade o tema higienização das mãos, com enfoque na segurança do paciente e do profissional de saúde (OLIVEIRA; FERNANDES, 2007). A “Aliança Mundial para Segurança do Paciente”, firmada em 2004 com iniciativa da OMS, preconiza que embora a higienização das mãos seja a medida mais importante na prevenção e controle das infecções nos serviços de saúde, a prática desta atividade consiste em uma tarefa complexa e difícil. Por meio da Portaria nº2.616, de 12 de maio de 1998, e da RDC nº50, de 21 de fevereiro de 2002, a legislação brasileira estabelece as ações mínimas a serem desenvolvidas na redução de infecções relacionadas à higienização das mãos.

Os tipos de higienização das mãos variam de acordo com o tipo de sujidade e risco, variando entre: higienização simples das mãos, higienização antisséptica das mãos, fricção de

antisséptico nas mãos, antisepsia cirúrgica ou preparo pré-operatório das mãos (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2002; BRASIL:MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1989). Os textos da legislação regulamentados pela ANVISA, preconizam que o procedimento de higienização simples das mãos deve ter a duração de 40 a 60 segundos, com objetivo de remoção de sujidade, suor, oleosidade, pêlos, células descamativas, e microbiota da pele (BRASIL - AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2007). A legislação também preconiza que lavatórios devem possuir torneiras ou comandos que dispensem o contato das mãos, e que em lavabo cirúrgico, o acionamento e o fechamento devem ocorrer com cotovelo, pé, joelho ou célula fotoelétrica (BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

O termo *LEAN* foi criado na década de 80 a partir de um projeto de pesquisa do MIT (*Massachusetts Institute of Technology*), sobre a indústria automobilística. Trata-se de uma filosofia criada e difundida no sistema de produção Toyota® que visa eliminar desperdícios, evitar e diminuir erros, além de utilizar a tecnologia para gerir resultados e melhorias, essa filosofia é comumente chamada de “manufatura enxuta” (BALLÉ e BALLÉ, 2008). Uma das ferramentas *LEAN* chamada *Poka Yoke* é fundamental para evitar erros que porventura geram desperdícios.

O nome *Poka Yoke* é de origem japonesa e significa “à prova de erros”, e trata-se de um sistema desenvolvido para prevenir riscos de falhas humanas, corrigindo eventuais erros em processos industriais sempre por meio de ações mecânicas ou eletrônicas simples. O *Poka Yoke* surgiu nos anos 1960, quando Shigeo Shingo liderava a produção da Toyota®. Rotineiramente ele se deparava com falhas humanas e inclusive desperdícios, que resultam em produtos defeituosos, impacto ambiental e perdas financeiras. Diante disso começou a desenvolver técnicas, que aos poucos foram aprimoradas. A lógica da ferramenta se ampliou, de modo que ela pode ser aplicada a qualquer situação que envolva riscos de falhas ou defeitos humanos (WOMACK, JONES e ROOS, 1992; SHINGO, 1996; FERREIRA e TEIXEIRA, 2019)

Em 1968 o Conselho da Europa promulgou a Carta da Água onde foi estabelecido que o ser humano tem obrigação de zelar pela água, sendo considerado desperdício de água uma falha individual de cada ser. Associando a filosofia *LEAN* e sua ferramenta *Poka Yoke*, podemos através de uma ferramenta mecânica, diminuir o erro humano no desperdício da água (CHADHA; SINGH; KALRA, 2012).

METODOLOGIA

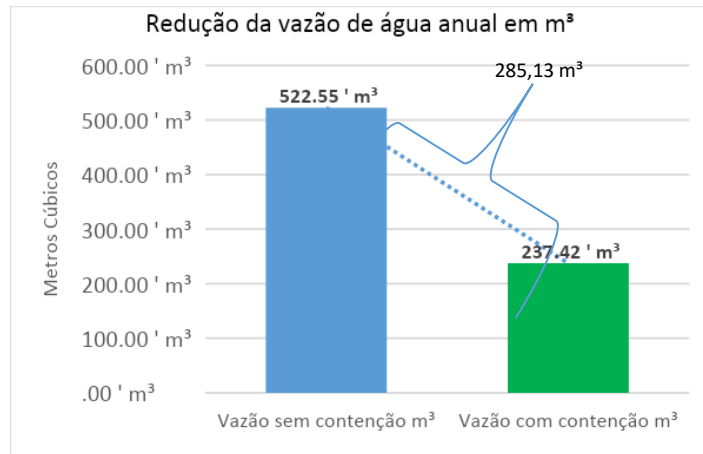
A metodologia adotada baseia-se nas ferramentas da qualidade, trata-se de um estudo de caso único que descreve os resultados da aplicação da ferramenta *LEAN Poka Yoke* (a prova de erros) em uma Instituição de Saúde na cidade de Belo Horizonte. A implantação foi dividida em cinco fases: projeto, coleta de dados (cenário atual), análise, implantação e resultados. O projeto foi alinhado com a diretoria e contou com o apoio da alta gestão e do setor de manutenção. O termo de anuência para o presente estudo foi devidamente assinado pela diretoria da instituição.

A coleta de dados (análise do cenário atual), foi realizada através do resumo mensal das contas de recursos hídricos do hospital em metros cúbicos e valores em reais do ano de 2021, bem como medida de vazão da totalidade de 64 torneiras para higienização simples das mãos. Os dados foram lançados em planilha do Minitab®. Na fase analítica foram empregadas junto aos gestores, as ferramentas de qualidade: 5W2H, 5 porquês, *Brainstorming*. Os resultados da fase de análise, com as oportunidades de melhorias foram discutidas e implantadas através do *Poka Yoke*. Foi implantado a contenção mecânica (braçadeira plástica) e os resultados de vazão das 64 torneiras foram medidos juntamente com o consumo em conta mensal, lançados em gráfico de tendência comparativo com os dados iniciais, e realizado uma projeção no uso dos recursos com a implantação da ferramenta.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A redução do percurso mecânico das 64 torneiras de higienização simples, através da implantação da ferramenta *Poka Yoke*, com contenção através de braçadeira plástica, resultou na diminuição do desperdício de água potável e aumento de efluentes em 285,13m³ (285.130 litros) por ano (Figura 1).

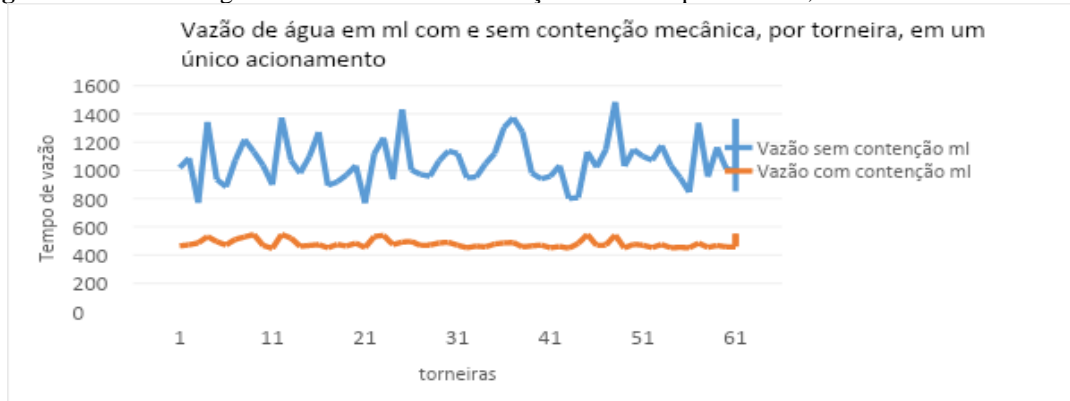
Figura 1 – Redução da vazão de água anual em metros cúbicos.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2021

A vazão média de água diária das torneiras foi reduzida de 2,177m³ para 0,989m³, representando uma economia de 45,43% em números: 1,188m³ (1188 litros) diários (Figura 2).

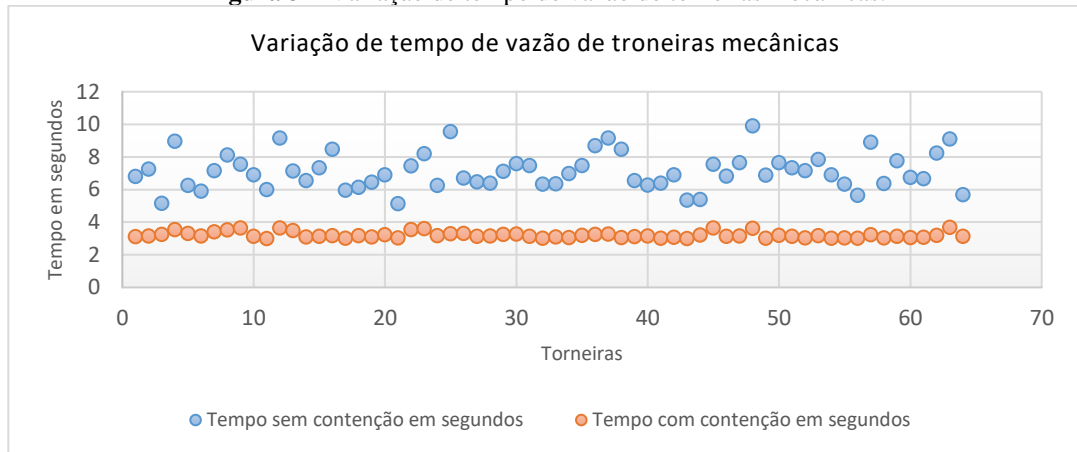
Figura 2 – Vazão de água em ml com e sem contenção mecânica por torneira, em um único acionamento.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2021.

A variação de tempo de vazão das torneiras, que anterior a contenção era de 4,75 segundos, foi diminuída para 0,60 segundos dentro de um índice “seis sigmas” aceitável (Figura 3).

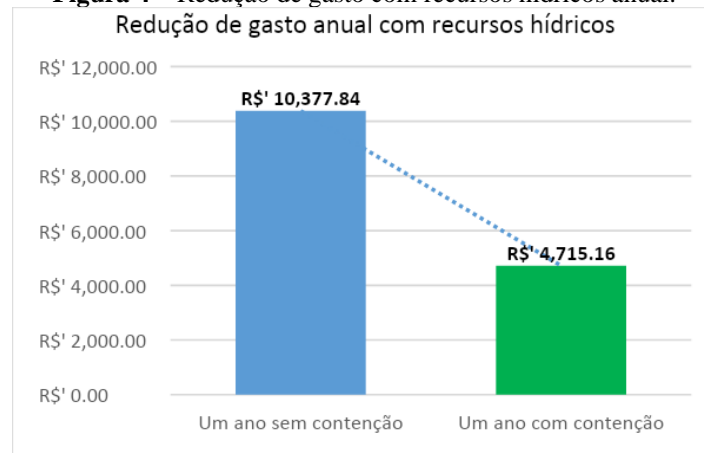
Figura 3 – Variação de tempo de vazão de torneiras mecânicas.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2021

Com a implantação da contenção também foi possível demonstrar uma economia financeira mensal na conta de água de R\$5.622,68 (Figura 4).

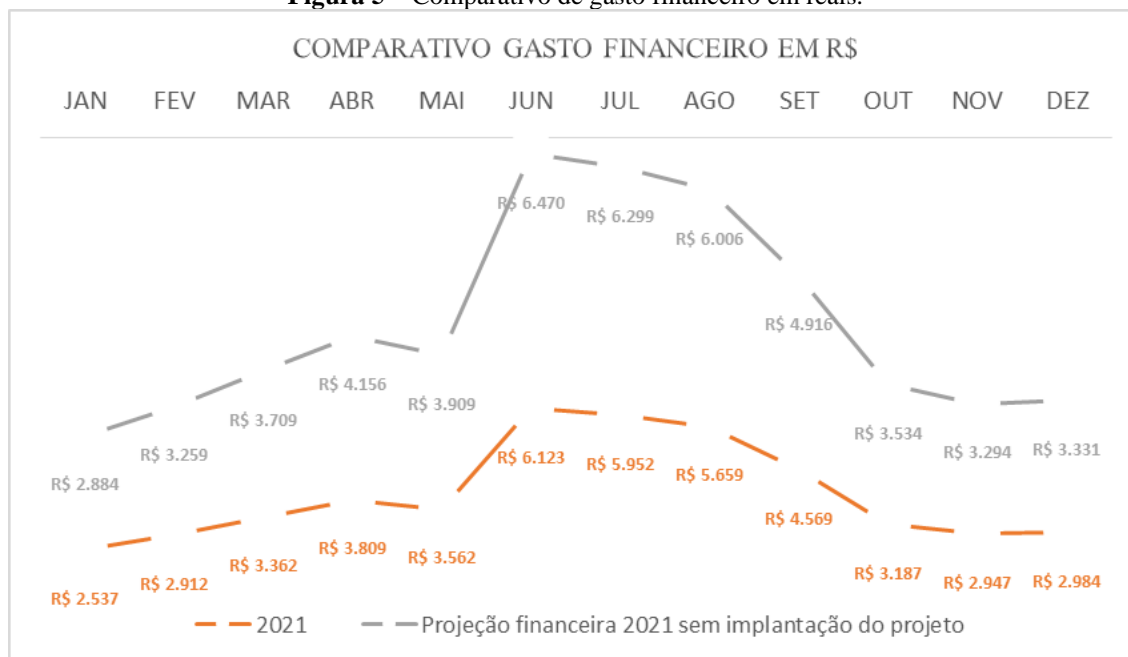
Figura 4 – Redução de gasto com recursos hídricos anual.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2021.

O resultado da implementação foi de economia financeira anual com recursos hídricos de 45,43%. Foram gastos na implantação apenas R\$24,00. Após o primeiro ano de implantação a análise permitiu evidenciar que os valores das despesas hídricas permaneceram inferiores ao previsto (Figura 5).

Figura 5 – Comparativo de gasto financeiro em reais.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2021.

O resultado da implementação da ferramenta *Poka Yoke* pode contribuir para a preservação do meio ambiente reduzindo 285.130 litros de desperdício de água potável por ano e conseqüente 285.130 litros gerados em efluentes, preservando no total 570.260 litros por ano, auxiliando na promoção da preservação do meio ambiente e na manutenção de recursos hídricos.

A implantação do *LEAN* e suas ferramentas de gestão trata-se não apenas de uma gestão inclusiva às ferramentas da qualidade, mas sim de mudança na filosofia e cultura, por isso requer envolvimento das partes envolvidas. O processo iniciou-se no levantamento da problemática atual (desperdício de água), no qual foi percebida pelos usuários que ao acionarem a torneira e molhar as mãos a torneira continuava acionada por um período sem utilização, gerando desperdício de água. Conforme preconiza a ANVISA a higienização simples das mãos deve perdurar de 40 a 60 segundos, e durante este período não é necessário manter a torneira aberta, sendo realizado novo acionamento com o cotovelo para retirar sabão ao final do processo. O hospital possui ao total 102 torneiras, sendo 64 torneiras de acionamento mecânico para higienização simples das mãos.

Na primeira etapa de coleta de dados foram medidas as vazões em m³, além de tempo de vazão em segundos de cada uma das 64 torneiras. Os dados coletados foram lançados individualmente em planilha do Minitab®, onde foram constatados que todas as torneiras apresentavam falha no projeto com um tempo excessivo de funcionamento, acima de três segundos, e uma variação de tempo de uma torneira para outra. O resultado da variação média foi de 4,75 segundos (Figura 3). As 64 torneiras somadas apresentavam uma vazão total de 0,068m³ a cada acionamento. Cada torneira foi acompanhada em um ciclo de três dias, sendo estabelecido uma média de acionamento diário para cada torneira, onde foi calculado para as 64 torneiras um volume diário de 2,177m³, mensal de 43,546m³ e anual de 522,55m³, considerando a média de 21 dias de trabalho mensais (Figura 1). Com esse resultado, chegamos a um consumo de 522.550 litros de água potável anual nas 64 torneiras de higienização simples das mãos. Há um gasto muito maior e expressivo de água anual total do Hospital, quando analisamos as outras torneiras, bebedouros, centro cirúrgico, descargas, autoclave e outros, inerentes aos processos hospitalares.

Após a fase de análise do desperdício de água, foi estabelecido a fase de planejamento da melhoria, realizada através de ferramentas da qualidade de 5W2H, 5 Porquês e *brainstorming*. Durante o *brainstorming*, após análise das causas foi sugerido pela equipe multidisciplinar de gestores, a aplicação do *LEAN* na estratégia de contenção mecânica das torneiras. A solução de implantação de melhoria apresentada foi a redução do percurso mecânico, através de braçadeiras plásticas (custo do pacote com 100 braçadeiras R\$ 24,00) com o objetivo de redução do tempo de acionamento e consequente redução da vazão de água (Figura 6).

Figura 6 – Foto da contenção mecânica



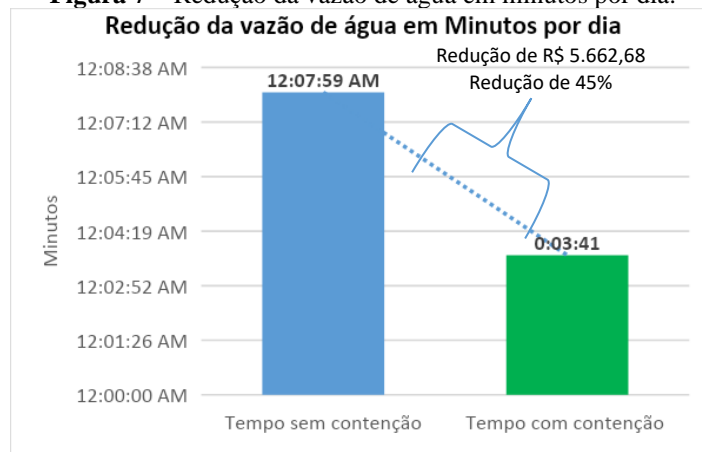
Fonte: Elaborado pelo autor, 2021.

Iniciamos a aplicabilidade do planejamento com a avaliação da legislação sanitária de higienização das mãos, e do “valor” contido no processo, conforme prescreve os preceitos de aplicação *LEAN*. A primeira análise tratava-se de verificar se o tempo de vazão poderia ser reduzido, sem que a higienização simples das mãos fosse prejudicada. A literatura consultada e normas de “Higienização das Mãos em Serviços de Saúde” – ANVISA preconiza que o primeiro acionamento deve ser realizado de modo que deixe a superfície da mão molhada. Verificou-se que não mais que três segundos são necessários para que toda a superfície das mãos esteja molhada. Ainda em conformidade com a legislação, o acionamento para enxague das mãos deve ser realizada quantas vezes forem necessárias com acionamento através dos cotovelos. Desta maneira a redução de vazão das torneiras em até três segundos não prejudicaria o “valor” final do processo de higienização estando de acordo com as leis de segurança e controle de infecção do paciente.

Seguindo a fase de análise e planejamento, iniciou-se a implantação da melhoria, onde foram colocadas as contenções (braçadeiras plásticas) nas 64 torneiras com medição imediata de vazão de cada torneira, registrada em Minitab[®] para monitoramento dos resultados da implantação. Com o objetivo de educar e conscientizar, foi realizada uma campanha sobre economia da água no sistema de TV interna do Hospital, onde foi divulgado o motivo da ação e das contenções mecânicas, bem como a preocupação na consciência de economia dos recursos hídricos.

Após a fase de implantação e divulgação, passamos para a etapa de checagem, onde, através de tabela do Minitab[®] foi comparado numericamente a vazão de água das 64 torneiras antes e após a contenção. Houve uma redução média de tempo de acionamento por torneira de 7 segundos e 48 milissegundos para 3 segundos (38,46%). Foram observadas que as torneiras que anteriormente tinham um total de 7 '59" de vazão diária, passaram a ter após a contenção 3' 41'', uma redução de 4'18" (45,19%) (Figura 7).

Figura 7 – Redução da vazão de água em minutos por dia.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2021.

Foi evidenciado uma redução diária total de 1,188m³ (45,42%), passando de 2,177m³ para 0,989m³. Esta redução representa anualmente uma economia de água potável e efluente de 285,13m³ (45,42%), passando de 522,55m³ para 237,42m³. Em termos financeiros, (considerando o valor do metro cúbico de água potável de R\$10,30/m³ e de efluentes R\$9,53/m³), foi observado uma redução financeira anual de R\$5.622,68 (45,42%), passando de R\$ 10.377,84 para R\$ 4.715,16 (Figura 4). Esse valor financeiro trata-se de uma previsão, uma vez que há fatores que interferem no resultado como: aumento de população flutuante, aumento de área, novos equipamentos com utilização de recursos hídricos e vazamentos pontuais, dentre outros.

Foram verificadas as contas de água com valores reais (redução do desperdício das torneiras somados a todos os gastos hídricos do Hospital), comparados a simulação dos valores sem contenção, onde mostrou um resultado favorável menor que o previsto sem contenção, ressaltando a economia anual de R\$5.662,68 (Figura 5). Importante salientar, que essa economia é diretamente proporcional ao aumento das tarifas de metro cúbico.

CONCLUSÃO

O resultado da implementação do *Poka Yoke* permitiu a economia financeira e principalmente a melhora da preservação do meio ambiente reduzindo 285.130 litros de desperdício de água potável e consequente 285.130 de geração de efluentes, preservando os recursos hídricos em 570.260 litros considerando água potável e efluentes, contribuindo para a preservação da manutenção de recursos hídricos mundiais. Sendo assim, o objetivo do estudo foi alcançado, pois foi possível avaliar a eficácia da utilização da ferramenta *LEAN (Poka Yoke)*, no controle de desperdício de água potável de uma instituição de saúde da cidade de Belo Horizonte. Mais estudos nesse sentido são recomendados levando-se em consideração um período maior de estudo, e sua comparação com outras instituições de saúde.

REFERÊNCIAS

BALLÉ, F.; BALLÉ, M. **A Mina de Ouro – Uma transformação Lean em romance, Lean Institute**. Brasil: Bookman, 2003.

BARROS, F. G. N.; AMIN, M. M. Água: um bem econômico de valor para o Brasil e o

mundo. **Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional**. Taubaté, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 75-108, 2007.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Ministério da Saúde. **Higienização das Mãos em Serviços de Saúde**. Brasília, 2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Normas e Manuais Técnicos: Lavar as Mãos - Informações para Profissionais de Saúde**. Série A. Brasília, Centro de Documentação, 1989.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria MS nº. 2616 de 12 de maio de 1998. **Estabelece as normas para o programa de controle de infecção hospitalar**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 de maio de 1998.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings: recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/ APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. **Esiever**. v. 51, n. 16, p. 1-45, 2002.

CHADHA, R.; SINGH, A.; KALRA, J. *Lean* and queuing integration for the transformation of health care processes: A *Lean* health care model. **Clinical Governance: An International Journal**. v. 17, n. 3, p. 191- 199. 2012.

FERREIRA, A. B.; TEIXEIRA, R. R. C. Reestruturação de núcleo de segurança do paciente com aplicação da metodologia lean seis sigma. **Revista de Administração em Saúde**. v. 19, p. 1, 2019.

FERREIRA, A.; CUNHA, C. Sustentabilidade ambiental da água consumida no Município do Rio de Janeiro. Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. v. 18, n. 1, p. 93-99, 2005.
<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Meio-Ambiente/declaracao-universal-dos-direitos-da-agua.html>. Acesso em 10 set. 2022.

MARENGO, J. A.; Future Change of Climate in South America in the Late 21st Century: the CREAS Project. **AGU AS Newsletter**. v. 3, n. 2, p. 5, 2009.

MIGUEL, C. **Demissão: Causas, efeitos e alternativas para empresa e indivíduo**. São Paulo: Editora Atlas, 2000.

OLIVEIRA, M. B.; FERNANDES, B. P. M. Hempel, Semmelweis e a verdadeira tragédia da febre puerperal. **Scienti e Studia**. v. 5, n. 1, p. 49-79, 2007.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Declaração universal dos direitos da água**. 2015. Disponível em:

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA (UNESCO). Informe de Las Naciones Unidas sobre el Desarrollo de los Recursos Hídricos en el Mundo. **Anuário**. WWDR. p. 36, 2003.

PAOLINELLI, A.; NETO, D. D.; MANTOVANI, E. C. **Diferentes abordagens sobre agricultura irrigada no Brasil: História, Política Pública, Economia e Recurso Hídrico**. São Paulo: Esalq, 2021.

REBOUÇAS, A. C. *et al.* Águas doces no Brasil: capital ecológico, uso e conservação. São Paulo. **Acad. Bras. Cien./IEA-USP**. p. 305-38, 1999.

ROCHA, L.; PINTO-COELHO, R.; GÜCKER, B.; BOECHAT, I, *et al.* Crise da Água no Brasil: várias crises em uma. **Caderno de Geografia**. 2021

ROGERS, P. P. *et al.* Water crisis: myth or reality?. London: **Fundación Marcelino Botín, Taylor & Francis**. p. 331, 2006.

SHINGO, S. **O Sistema Toyota de Produção do ponto de vista da Engenharia de Produção**. 2ªed. Porto Alegre: Bookman, 1996.

SILVA, J. B. *et al.* A crise hídrica global e as propostas do Banco Mundial e da ONU para seu enfrentamento. **Revista do Programa de Pós-Graduação em Ciências da UFRN**. v.11, n2, 2011.

WOMACK, J. E.; JONES, D.; ROOS, D. **A máquina que mudou o mundo**. 14ªed. Rio de Janeiro: Campus, 1992

YWASHIMA, L. A. **Avaliação do uso de água em edifícios escolares públicos e análise de viabilidade econômica da instalação de tecnologias economizadoras nos pontos de consumo**. Campinas, SP Dissertação (Mestrado em Engenharia Civil) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Engenharia Civil, Arquitetura e Urbanismo, 2005.

COMPREENSÃO DE GESTORES DE SAÚDE SOBRE A INTELIGÊNCIA EMOCIONAL

Camila Cássia de Souza Alves; Mestre em Gestão de Serviços de Saúde/UFMG.
Karla Rona Silva; Doutora em Biomedicina/Santa Casa-BH, Departamento de Gestão em
Saúde/EE/UFMG.
Adriane Vieira; Doutora em Administração/UFMG, Departamento de Gestão em
Saúde/EE/UFMG.

RESUMO: Esta pesquisa teve por objetivo geral descrever a compreensão de gestores de saúde sobre o construto Inteligência Emocional (IE). Metodologia: pesquisa essa de natureza qualitativa com fins descritivos. O estudo de caso foi utilizado como método. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada *on-line* e a análise utilizada foi a análise de conteúdo do tipo categorial temática. Pode-se descrever a compreensão dos gestores de saúde acerca da IE, como sendo um conjunto de capacidades mentais relacionadas à percepção, compreensão e gerenciamento das suas próprias emoções e dos outros. Também foi possível identificar a relevância da IE para os ambientes de saúde e seus benefícios, tais como proporcionar um ambiente mais harmônico, saudável, favorável à produtividade, ao desempenho, ao trabalho em equipe, à cooperação, à comunicação e ao cuidado humanizado. Os resultados salientaram a importância de investimentos voltados para a aprendizagem socioemocional e contribuíram cientificamente com a reflexão acerca do construto IE e da ampliação de conhecimentos que podem ser aplicados no dia a dia dos gestores e organizações de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão de pessoas; Emoções; Inteligência Emocional.

INTRODUÇÃO

Cunhado aproximadamente há três décadas, a Inteligência Emocional possui a proposta de ampliar o conceito tradicional de inteligência, considerando dentro desse domínio aspectos relacionados a emoções, sentimentos e cognição, sendo a relação desses aspectos de suma importância para a produção de comportamentos inteligentes (GOLEMAN, 2012, 2015; GOLEMAN; BOYATZIS; McKEE, 2018; WOYCIEKOSKI; HUTZ, 2009).

Estudos têm destacado a importância da IE nas organizações de saúde, favorecendo o desenvolvimento de um trabalho mais flexível e em equipe, uma vez que ela é parte sensível e indispensável na construção de bons relacionamentos. Além das aplicações relacionadas à gestão e trabalho em equipe, observam-se benefícios da IE na assistência prestada ao paciente, tais como na qualidade e na segurança do cuidado ofertado, na construção de vínculos de confiança e de relações empáticas com pacientes e seus familiares, e ganhos para eficácia clínica, tanto na prevenção quanto no tratamento (ALVES; RIBEIRO; CAMPOS, 2012; GOLEMAN, 2012, 2015; ISBELL et al., 2019; LOBÃO, 2020; OLIVEIRA, 2018).

As constantes transformações tecnológicas estão promovendo mudanças no sistema de saúde, com impactos na organização e nos processos assistenciais e de cuidados. Os avanços tecnológicos parecem ser responsáveis por uma melhoria na tríade prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças, favorecendo ainda mais o aumento progressivo da longevidade da população mundial. Possivelmente o doente do futuro será mais complexo, mais exigente e atualizado quanto aos cuidados de saúde. A facilidade de acesso às informações em tempo real e seu maior interesse nas decisões clínicas relacionadas à própria saúde farão com que esses pacientes e seus familiares tenham maiores expectativas quando a qualidade dos serviços prestados (LOBÃO, 2020). Esse cenário faz crescer a necessidade de profissionais hábeis emocionalmente, com maior enfoque no desenvolvimento de competências humanas, a fim de estabelecer relações amigáveis, empáticas e eficazes com os pacientes e os colegas de trabalho (LOBÃO, 2020; VATANDSOOST; LITKOUHI, 2019).

Neste contexto observa-se que os gestores de saúde passam a enfrentar inúmeros desafios relacionados aos aspectos técnicos e às habilidades comportamentais, principalmente em nível de emoções e empatia. Os aspectos técnicos podem ser transpostos com mais facilidade por meio de conhecimentos científicos e habilidades técnicas. Entretanto, diante de sua complexidade, os desafios associados ao comportamento humano demandam do profissional um grande esforço emocional, que se torna ainda maior diante do estado de sofrimento físico e mental dos pacientes. A relevância da IE está na prática de uma liderança voltada às necessidades emocionais dos colaboradores, objetivando o retorno de suas ações em benefício da organização, dos próprios colaboradores e do paciente (ARAÚJO et al., 2012).

Definir o papel do gestor de serviços de saúde ainda é uma lacuna a ser preenchida, especialmente pela ausência de institucionalização do cargo. Diversos autores discutem a problemática e seus transtornos para o profissional, além da notória deficiência de uma formação adequada, sendo um relevante gargalo da gestão na área da saúde (LORENZETTI et al., 2014; PAIVA et al., 2018; SILVA; ROQUETE, 2013). Para fins deste estudo, foi considerado gestor de serviços de saúde os profissionais de saúde que desenvolvem suas atividades laborais como líderes de equipe, em atividades assistenciais e/ou administrativas em unidades de saúde.

Atualmente mais de 70% dos profissionais que ocupam posições de liderança não realizaram nenhum tipo de capacitação para exercer a função, e essa problemática se agrava diante da falta de planejamento dos serviços, da infraestrutura inadequada, da necessidade crescente de novas tecnologias e da falta de autonomia (LORENZETTI et al., 2014; PAIVA et al., 2018). Para superar esses desafios, o profissional da saúde, enquanto gestor, deve desenvolver habilidades socioemocionais como trabalhar em equipe e gerir conflitos, além de buscar o desenvolvimento profissional contínuo (HITOMI; CORDONI; NUNES, 2014; PAIVA et al., 2018).

O presente estudo justificou-se por promover maior compreensão sobre o construto IE nos gestores de saúde e oportunizar refletir entre eles e a pesquisadora sobre as questões emocionais que permeiam os ambientes de saúde e que impactam diretamente na construção de resultados efetivos, na assistência e experiência do paciente, na qualidade de vida e saúde mental dos profissionais.

Em face do exposto, a pergunta que norteou este estudo foi: qual a compreensão dos gestores de saúde sobre a Inteligência Emocional nas práticas profissionais? Assim, tem-se por objetivo descrever a compreensão de gestores de saúde sobre o construto Inteligência Emocional (IE). Espera-se, contribuir para uma rede maior de evidências científicas sobre o construto de IE e seus benefícios na prática gerencial e assistencial aos serviços de saúde.

REFERENCIAL TEÓRICO

Inteligência Emocional

A IE constitui um construto psicológico que engloba diversas áreas de pesquisa, possuindo como ideia principal ampliar o conceito de inteligência, tradicionalmente proposto, incluindo aspectos relacionados às emoções e aos sentimentos. Ela reflete, principalmente, o estudo das interações entre emoção e inteligência, o que permite deduzir a complexidade do campo conceitual, bem como as dificuldades metodológicas decorrentes (WOYCIEKOSKI; HUTZ, 2009).

O conceito da IE como habilidade foi publicado por uma série de artigos produzidos pelos autores Mayer, DiPaolo e Salovey, na década de 1990. As pesquisas iniciais possuíam o foco em estabelecer aspectos teóricos do construto, medição e comprovação empírica, baseados no modelo psicométrico de inteligência. Os primeiros estudos científicos sobre IE utilizaram

cores, rostos e formas, para demonstrar a habilidade das pessoas em identificar emoções e personagens de histórias, investigando a compreensão das emoções. Os resultados desses estudos descreveram uma capacidade de reconhecimento das emoções por meio dos estímulos visuais, associada fortemente com a empatia (MAYER; DIPAOLO; SALOVEY, 1990; Mayer; Salovey; Caruso, 2002; Salovey; Mayer, 1990).

Inicialmente a IE foi definida como o subconjunto da Inteligência Social (IS), estando relacionada à capacidade de gerenciar os próprios sentimentos e emoções, bem como as dos outros, e usar essas informações para guiar o pensamento e os comportamentos. A IE, assim como a IS, refere-se às inteligências pessoais (interpessoal e intrapessoal), propostas por Gardner (1983; 1987; 1995), uma vez que os aspectos da inteligência pessoal se relacionam com os sentimentos e estão muito próximos do que chamamos IE. Gardner idem observou que a inteligência interpessoal está relacionada com a capacidade de distinguir e responder em conformidade ao estado emocional de outras pessoas, enquanto a inteligência intrapessoal está associada ao autoconhecimento e à capacidade de reconhecer, discriminar e utilizar das próprias emoções para comportamentos adequados.

Em 1990, Salovey e Mayer (1990) estabeleceram uma definição elaborada da IE, expandindo essas aptidões em: a) conhecer as próprias emoções; b) regular as emoções em si e nos outros; e c) usar as emoções de maneiras adaptativas. Importante ressaltar que, embora esses processos sejam comuns a todos os indivíduos, o modelo estabelecido também aborda as diferenças individuais no processamento de estilos e habilidades. Essas diferenças individuais são importantes por duas razões: primeiro, existe um consenso reconhecendo que os indivíduos diferem na capacidade de compreender e expressar emoções. Em segundo lugar, essas diferenças podem estar enraizadas em habilidades subjacentes que podem ser aprendidas e, assim, contribuir para a saúde mental das pessoas.

De 1994 a 1997, ocorreu o fenômeno de popularização da IE, principalmente quando Daniel Goleman publicou o livro *'Emotional Intelligence'*, promovendo uma disseminação do conceito e uma mudança na definição inicial, considerando como parte da IE aspectos da personalidade. Diante dessa situação, Mayer e Salovey (1997) redefiniram o conceito de IE, sendo a capacidade de perceber minuciosamente, de avaliar e de expressar emoções; a capacidade de perceber e gerar emoções que facilitam o pensamento; a compreensão e o conhecimento emocional; e a capacidade de gerenciar as emoções de forma a promover o crescimento emocional e cognitivo. Com base nesse novo conceito, em 1997, Mayer e Salovey idem descreveram o processamento de informações emocionais por um modelo de quatro níveis, sendo: a) percepção acurada das emoções; b) uso da emoção para facilitar o pensamento; c) resolução de problemas e criatividade; d) compreensão e gestão das emoções para crescimento pessoal (Mayer; Salovey, 1997; Mayer; Salovey; Caruso, 2002; Woyciekoski; Hutz, 2009).

Com bases nesses conceitos, surgiram outras concepções da IE, culminando em três modelos principais, com inúmeras variações representando perspectivas diferentes. Além do modelo proposto por Mayer, Dipaolo e Salovey (1990), Mayer e Salovey (1997) e Mayer, Salovey e Caruso (2002), os elaborados por Reuver Bar-On (1997) e Goleman (1996) são os mais reconhecidos. O modelo de Mayer e Salovey (1997) é embasado em conceitos intelectivos, ou seja, apoia-se na tradição da inteligência concebida a partir do QI. O modelo apresentado por Reuver Bar-on (1997) baseia-se na pesquisa sobre bem-estar e o modelo proposto por Goleman (1996) se concentra no desempenho laboral e na liderança organizacional, incluindo aspectos como motivação e dimensões de personalidade tais como persistência, zelo e otimismo.

Para este estudo foi considerado o modelo proposto em 2017 por Goleman e colaboradores que versa sobre o Modelo de Competência de Liderança em Inteligência Emocional e Social. Essa é uma estrutura singular composta por quatro pilares e doze

competências específicas, baseadas em evidências que são os grupos de desenvolvimento da Inteligência Emocional e Social na liderança.

Os quatros pilares da Inteligência Emocional (autoconsciência, autogestão, consciência social e gestão de relacionamentos) representam um conjunto essencial de habilidades relacionado à liderança, são entrelaçados e há uma ligação direta entre eles. Pesquisas evidenciam a existência de um sistema dinâmico, ou seja, a autoconsciência é facilitadora da empatia e da autogestão, e esses dois pilares combinados favorecem a efetiva gestão de relacionamentos. Importante reiterar que as aptidões de IE não são talentos inatos, mas habilidades adquiridas, que podem ser aprendidas e aprimoradas, dando, cada uma delas, uma contribuição única na formação de líderes ressonantes, ou seja, líderes capazes de inspirar bons sentimentos em suas equipes (GOLEMAN, 2012; GOLEMAN; BOYATZIS; McKEE, 2018).

A autoconsciência é o primeiro componente da IE e refere-se a uma compreensão entranhável sobre as próprias emoções, necessidades, impulsos, forças e fraquezas. Indivíduos com níveis sólidos de autoconsciência reconhecem o impacto de suas emoções em si, nos outros e no desempenho profissional. A autogestão, por sua vez, está relacionada à capacidade de manter sob controle impulsos desestabilizadores, ou seja, emoções que ocorrem de maneira intensa e que permanecem por um período significativo, minando a estabilidade (GOLEMAN, 2012; GOLEMAN; BOYATZIS; McKEE, 2018).

Após a autoconsciência e autogestão emocional, líderes requerem consciência social, ou seja, aptidões que determinam a forma como administram as relações. Nesse componente, estão inseridas as habilidades de empatia (reconhecer as emoções alheias, compreender e interessar ativamente pelas perspectivas do outro) e a consciência organizacional (interpretação profunda da cultura, diagramas de influência, políticas e processos em nível organizacional) (GOLEMAN, 2015; GOLEMAN; BOYATZIS; McKEE, 2018).

A tríade autoconsciência, autogestão e consciência social se fundem no componente final da IE – a gestão de relacionamentos. Nesse pilar, identificam-se as habilidades de liderança mais visíveis: influência, gestão de conflitos, coach e mentoring, liderança inspiradora e trabalho em equipe. Gerir relacionamentos resume em lidar com as emoções alheias e na cordialidade com um propósito, ou seja, conduzir pessoas na direção necessária para bons resultados (GOLEMAN, 2015; GOLEMAN; BOYATZIS; McKEE, 2018).

A relevância da IE está relacionada com a capacidade de prever importantes aspectos da vida do homem, incluindo o comportamento. Nesse contexto, psicólogos, professores, empresários, líderes e pesquisadores têm procurado conhecer as implicações da IE na vida das pessoas, nos ambientes de trabalho, no contexto educacional e clínico. Um dos maiores impactos da IE é no mundo organizacional, pois, em geral, nos ambientes corporativos esse tipo de afirmação não passa de um mero modismo, sem substância ou bases científicas. Entretanto, nesse caso, houve a participação de inúmeros pesquisadores afirmando que as aplicações da IE eram baseadas em dados sólidos. Um exemplo é o Consórcio para a Pesquisa sobre Inteligência Emocional em Organizações (CREIO) da Universidade de Rutgers, pioneiro na catalisação desse trabalho científico. Atualmente empresas de todo o mundo utilizam dos modelos de IE para contratar, promover e desenvolver seus colaboradores (GOLEMAN, 2012, 2015; SALOVEY; WOOLERY; MAYER, 2001).

As habilidades emocionais são condições *sine qua non* da liderança e, conforme as posições dentro das organizações se elevam, a IE passa a desempenhar um papel cada vez mais importante. Em níveis mais elevados, os modelos de competência para a liderança consistem, em geral, em torno de 80% a 100% de habilidades socioemocionais. Um estudo global, realizado pela *Harvard Business Review Analytic Services*, em 2019, com diversas organizações ao redor do mundo, evidenciou que poucas empresas possuem foco no desenvolvimento de habilidades relacionadas à IE. Essa pesquisa também demonstrou que empresas com ênfase na IE apresentam níveis mais elevados de engajamento e produtividade

dos colaboradores, como também maior capacidade de inovação, maior lealdade dos clientes e rentabilidade, quando comparadas a empresas que subinvestem ou ignoram a IE (GOLEMAN, 2012; 2015; HARVARD BUSINESS REVIEW ANALYTIC SERVICES - HBR-AS, 2019).

Ressalta-se que pessoas inseridas em um ambiente de trabalho instável e inseguro emocionalmente tendem a ser menos produtivas, engajadas e com maior risco de adoecimento mental. Situações de estresse são favoráveis e necessárias, entretanto, quando contínuas representam uma ameaça cerebral, ou seja, biologicamente o cérebro não suporta esse tipo de estímulo frequente e acaba entrando em sofrimento (GOLEMAN, 2012; 2015; HBR-AS, 2019).

Inteligência emocional nos ambientes de saúde

Inúmeras razões sociológicas e epistemológicas justificam a rápida propagação do termo IE para os mais diversos campos profissionais. Uma das principais razões é o reconhecimento do impacto das emoções nas atividades laborais por áreas distintas de conhecimento, como no contexto da saúde. A IE tem sido amplamente estudada e reconhecida como uma estrutura fundamental para práticas dos profissionais de saúde, favorecendo a relação entre profissional e paciente, os processos de gestão de pessoas e abordagens pedagógicas (LOBÃO, 2020; SHOUHED et al., 2019)

Evidências científicas demonstram, efetivamente, que existem ganhos para a eficácia clínica, tanto no campo preventivo quanto no tratamento de doenças, quando o estado emocional dos pacientes é levado em consideração. Todavia, verifica-se que profissionais de saúde apresentam dificuldades em lidar com suas próprias emoções e com as das pessoas ao seu redor, incluindo o paciente. A falta de percepção sobre as emoções por parte dos profissionais de saúde está associada, na maioria das vezes, a um modelo assistencial tecnicista, à ausência de conhecimento e habilidade emocionais e às inúmeras demandas e responsabilidades, tornando-os indiferentes às emoções dos pacientes (ALVES; RIBEIRO; CAMPOS, 2012).

Estudo realizado com Médicos e Enfermeiros de hospitais comunitários, no Nordeste dos Estados Unidos (EUA), permite afirmar que eles reconhecem que desenvolvem estratégias de forma empírica e pouco estruturada para a gestão de suas emoções, sendo necessário, muitas vezes, reprimi-las. Eles também afirmam que essa gestão inadequada implica diretamente na capacidade de decisões assistenciais e nas relações interpessoais, com possível impacto na qualidade do cuidado prestado, na segurança do paciente e no trabalho em equipe (ISBELL et al., 2019; LOBÃO, 2020).

Algumas pesquisas têm demonstrado que a satisfação dos pacientes parece estar correlacionada com os níveis de IE dos profissionais, sendo percebida pela relação de confiança estabelecida no decurso do tratamento. Uma revisão recente da literatura, realizada por Shouhed *et al.* (2019), evidenciou uma afinidade indireta entre baixo score de IE dos médicos e um maior risco de problemas judiciais ao longo da carreira profissional estão associados a relações interpessoais insatisfatórias entre médico e paciente. A IE apresenta uma relação direta com o desempenho clínico, reafirmando que emoção e cognição estão igualmente envolvidas no processo de tomada de decisões assertivas. Destaca-se, ainda, a utilização da IE como ferramenta de mediação da qualidade das interações entre médico, paciente, familiares e pares (GOLEMAN, 2012; KOZLOWSKI et al., 2017; LOBÃO, 2020; SHOUHED et al., 2019).

Os profissionais de saúde são submetidos diariamente a desafios relacionados ao processo de saúde e doença, exigindo-lhes uma abordagem multidisciplinar, que extrapola a área da saúde e que obriga a um verdadeiro trabalho em equipe. Observa-se que a dedicação e entrega ao trabalho desvanecem quando o ambiente ocupacional é tido como hostil e excessivamente exigente, desenvolvendo uma crescente exaustão emocional, psíquica e espiritual, conduzindo a um não envolvimento em demasia no contexto laboral. Estudos

internacionais têm demonstrado que médicos com níveis elevados de IE apresentam maior motivação, satisfação profissional, engajamento e menores níveis de Síndrome de Burnout relacionada à profissão (GOLEMAN, 2012; LIN et al., 2016; LINDEMAN et al., 2017; LOBÃO, 2020).

As exigências, em nível das emoções e da empatia, por parte dos profissionais de saúde são amplas e, por isso, torna-se fundamental a ressonância dos líderes capazes de criar ambientes de trabalho favoráveis à otimização dos ganhos em saúde. As investigações existentes mostram que os estilos de liderança dos gestores influenciam na motivação ao trabalho, o que leva a crer que um líder pode ser um profissional de saúde, mas, ao contrário, um profissional de saúde pode não ser um líder. A IE tem sido reconhecida como competência essencial a bons gestores de saúde, sendo preditora do bom desempenho cognitivo e da performance interpessoal, estando relacionada, também, com a capacidade de resiliência, percepção de felicidade e trabalho em equipe (GOLEMAN, 2012, 2015; MINTZ; STOLLER, 2014; LOBÃO, 2020).

Embora estudos aqui apresentados tenham constatado os impactos das emoções nos ambientes de trabalho, percebem-se lacunas na institucionalização da IE em ambientes de saúde e na literatura brasileira. Muitos profissionais ainda parecem ser céticos sobre a possibilidade de interferência das emoções, principalmente em termos clínicos.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa cujo objetivo foi descrever a compreensão de gestores de saúde sobre o construto Inteligência Emocional. Optou-se pelo método de Estudo de Caso, que, de acordo com Yin (2001) é uma estratégia ideal quando se busca compreender fenômenos sociais complexos, quando há pouco controle sobre os eventos e quando os eventos são contemporâneos.

A amostra do estudo foi composta por alunos e egressos dos anos de 2018 a 2020, do Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde, da Universidade Federal de Minas Gerais, graduados em cursos relacionados à área de saúde. Foram enviados convites para todos os alunos e egressos através de email. Todavia, dos 59 convidados que receberam o e-mail, 21 retornaram com o aceite. Dos 21 alunos e egressos que aceitaram participar da pesquisa, 15 retornaram o envio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e formulário inicial contendo as seguintes perguntas: nome completo, telefone, *e-mail*, formação, turma do mestrado, sexo, idade, ocupa cargo de gestão e qual, turno de trabalho, tempo de formado, tempo de serviço na organização e no cargo, curso de pós graduação e realizou algum treinamento em IE. Os principais impeditivos relatados para participação na pesquisa foram a indisponibilidade de tempo e a sobrecarga de trabalho nos ambientes de saúde devido à pandemia da Covid-19. A amostra foi composta por 10 participantes, sendo 01 discente da turma de 2018 e 09 da turma de 2020. Não houve discentes com manifestação de aceite da turma de 2019. Importante ressaltar que apesar de alguns cargos não apresentarem nomenclatura relacionadas a gestão, todos os participantes declaram estar em conformidade aos critérios de inclusão, ou seja, exercendo cargos de gestores de saúde em áreas administrativas ou assistenciais (Tabela 1).

Como critério de seleção, foram incluídos todos os alunos e egressos com graduação em cursos relacionados à área de saúde que autodeclaram estar em cargos de gestão em instituições de saúde, em áreas administrativas ou assistenciais. O estudo apresentou como critérios de exclusão a recusa em participar da pesquisa e/ou qualquer ausência/falta no processo de coleta de dados.

Tabela 1 - Perfil profissional dos participantes da pesquisa

Código	Sexo	Graduação	Organização onde trabalha	Cargo	Tempo no cargo
E1	Feminino	Psicologia	Serviço Privado	Analista de RH	1 ano
E2	Masculino	Comunicação Social	Serviço Público	Assistente em Administração	4 meses
E3	Feminino	Enfermagem	Serviço Público	Enfermeira	19 anos
E4	Masculino	Gestão de Serviços de Saúde	Serviço Privado	Coordenador de qualidade	4 meses
E5	Feminino	Medicina	Serviço Privado	Coordenadora Médica	8 anos
E6	Feminino	Bioquímica	Serviço Público	Técnica em Educação Superior	9 anos
E7	Masculino	Enfermagem	Serviço Público	Referência Técnica	10 anos
E8	Feminino	Enfermagem	Serviço Público	Diretora de Regulação de Urgência e Emergência	2 anos
E9	Feminino	Farmácia	Serviço Público	Técnico Superior de Saúde	8 anos e 5 meses
E10	Feminino	Enfermagem	Serviço Público	Enfermeira do Trabalho	9 anos

Fonte: Elaborado pela autora.

A técnica de coleta de dados utilizada para este estudo foi a entrevista com roteiro semiestruturado.

Diante do cenário da pandemia da Covid-19, optou-se pela realização de entrevistas *online*. A coleta de dados aconteceu no período de dezembro de 2021 a março de 2022.

As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra e a técnica de análise utilizada foi a análise de conteúdo do tipo categorial temática (FRANCO, 2008). As falas dos participantes foram codificadas com a letra “E” e um número correspondente, que variou de 1 a 10. O estudo seguiu as orientações expressas na Resolução n°. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece critérios éticos para pesquisas com seres humanos, sob o parecer de n°. 4.864.723.

DESCRIÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

A apresentação dos resultados foi elaborada considerando quatro categorias: o que é inteligência emocional?; Emoções presentes no ambiente de trabalho e suas interferências; Comportamentos das pessoas emocionalmente inteligentes e seus efeitos no ambiente de trabalho; e Aprendizagem socioemocional.

O que é inteligência emocional?

Pode-se compreender a IE como um conjunto de capacidades mentais relacionadas ao processamento da emoção e suas implicações individuais e coletivas, todavia, ainda há oportunidades na literatura sobre seu entendimento. Apesar disso, observa-se que as diferentes teorias se complementam e, principalmente, que a IE é um construto associado à competência socioemocional (FREDERICKSON; PETRIDES; SIMMONDS, 2012; MARIN et al., 2017). Os estratos de fala exemplificam a compreensão dos partícipes desta pesquisa sobre a IE. Importante ressaltar que o entendimento apresentado engloba os conceitos apresentados por diversos autores, como Bar-On (2006), Goleman (1996), Mayer, Dipaolo e Salovey (1990) e Salovey e Mayer (1990).

“É a capacidade de você gerenciar suas emoções e de lidar com as emoções do outro (...) com as reações dos outros, com o sentimento dos outros, sem que isso interfira na sua vida de forma direta e prejudicial (...).” (E4)

“Inteligência Emocional é a capacidade que as pessoas possuem de lidar com os conflitos, de trabalhar no seu dia a dia de uma forma mais harmônica, de ter respeito pelas pessoas, de se colocar no lugar do outro, mas ao mesmo tempo, saber estabelecer um limite (...).” (E5)

A IE está associada a um conjunto de processos mentais relacionados à avaliação e expressão da emoção, à compreensão das emoções em si mesmo e nos outros, e ao uso da emoção para facilitar o pensamento, a resolução de problemas e a criatividade. Embora esses processos sejam comuns a todas as pessoas, é importante considerar as variações individuais na capacidade de compreender e expressar as emoções e ponderar se essas diferenças podem estar associadas a habilidades subjacentes que podem ser aprendidas e, assim, contribuir para o crescimento pessoal e a saúde mental das pessoas (WOYCIEKOSKI; HUTZ, 2009). Os entrevistados também apresentaram um entendimento próximo aos descritos acima, como denotam os trechos:

“Dentro do que eu imagino, Inteligência Emocional tem a ver com o conjunto de características que a pessoa tem (...) é um conceito difícil, justamente por ele ser um conjunto” (E1)

“Capacidade que as pessoas desenvolvem, constroem (...)as pessoas não nascem assim (...) são informações que a pessoa recebe e a partir disso constrói uma maneira de gerir, de lidar com as emoções (...).” (E10)

Os participantes conseguiram compreender os conceitos de IE, ainda que de forma empírica, uma vez que do total de participantes apenas 20% relataram ter tido algum tipo de capacitação formal sobre o tema. Acredita-se que esse conhecimento advém da popularização da IE e da necessidade de habilidades socioemocionais relatadas pelos gestores em suas práticas profissionais. Em especial, no Brasil, parece ter existido um aumento maciço da discussão sobre IE e seus benefícios devido a pandemia da Covid-19. Todavia, muitas das discussões nos veículos populares de comunicação não trazem cunho científico.

Emoções presentes no ambiente de trabalho e suas interferências

Os ambientes de trabalho foram considerados tradicionalmente como propícios para o uso da razão e inapropriados para manifestações emocionais (PIRES, 2010). Com o passar do tempo, as emoções passaram a ter uma maior legitimidade no ambiente corporativo por meio de estudos como os realizados por Elfenbein (2022), Morais et al. (2014), Pestana, Sauerbronn e Morais (2011) e Pires (2010).

Dentre esses estudos, destaca-se os divulgados em 2015 pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), indicando que um em cada cinco trabalhadores padecia de doenças mentais, bem como uma em cada duas pessoas poderiam apresentar algum adoecimento mental em algum momento da sua vida. No Brasil, no período 2012 a 2016, os adoecimentos mentais foram a terceira maior causa de afastamento entre os trabalhadores brasileiros (CHAGAS, 2017), e o governo Português, em 2014, por intermédio

do relatório ‘Saúde mental em números’ declarou que os transtornos mentais afetavam mais de um quinto da população (DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE, 2014).

O estudo realizado por Gonzaga e Monteiro (2011) com trinta gestores brasileiros de diferentes organizações teve como objetivo identificar a relação entre IE e qualidade de vida. Os resultados indicaram que a percepção emocional dos líderes pesquisados está relacionada com a qualidade de vida deles, demonstrando a importância das emoções de valência positiva no bem-estar dos indivíduos. Pesquisas como as realizadas por Boyatzis (2018) e Camuffo, Gerli e Gubitta (2012), demonstraram as implicações das emoções nos ambientes de trabalho e a importância da IE, estando essa relacionada a um desempenho mais eficaz.

Nos ambientes de saúde, as emoções possuem particular relevância, uma vez que lidam diretamente com a condição humana. Consequentemente, a necessidade desses profissionais em serem capazes de reconhecer e gerenciar suas emoções é potencializada (REBELO, 2012).

As principais emoções e sentimentos relatados pelos entrevistados relacionados às práticas profissionais em ambientes de saúde foram: medo, ansiedade, angústia, frustração, apreensão em relação ao futuro, alegria e raiva.

Um fator importante no contexto dos ambientes de saúde e que possivelmente influenciou nas emoções relatadas pelos entrevistados foi a pandemia da Covid-19. O aumento do número de atendimentos, a complexidade da assistência, o desconhecimento sobre a doença e o risco de contágio intensificaram as emoções de valência negativa como medo, raiva, tristeza, angústia e apreensão sobre o futuro.

Segundo Leonel (2021), pesquisa realizada pela Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ) em 2021, avaliou amplamente as consequências da pandemia nos aspectos emocionais, físicos e psíquicos dos profissionais de saúde (assistenciais e administrativos) e mostrou que eles estão esgotados emocionalmente e fisicamente. Essa exaustão não é proveniente apenas da proximidade com o elevado número de casos e mortes de pacientes, colegas de trabalho e familiares, como também das importantes modificações que a pandemia ocasionou no bem-estar pessoal e na vida profissional desses indivíduos.

O estudo realizado por Fernandez et al. (2021) com trabalhadores da enfermagem que atuaram no contexto da pandemia também apontou a presença do medo, aumento da irritabilidade, sobrecarga de trabalho, tristeza e solidão como sensações relatadas. Paula et al. (2021) por meio do seu estudo qualitativo em um hospital do interior do estado do Paraná obteve como resultados sentimentos de medo, ansiedade, obrigação, apreensão com a morte, tristeza, discriminação, solidão, incertezas e dúvidas em relação ao futuro. Dessa forma, pode-se constatar que os estudos citados endossaram os achados encontrados desta pesquisa.

Em relação as interferências das emoções no ambiente de trabalho, 100% dos entrevistados relataram que as emoções exercem fortes influências tanto em nível individual quanto grupal. Os principais impactos estão associados às relações interpessoais, na forma como as pessoas executam o trabalho, na produtividade e na tomada de decisão.

“(...) eu colocaria duas coisas principais: emoções e relações de poder, acho que são coisas que afetam diretamente na forma como as pessoas executam as suas atividades e como elas se relacionam.” (E1)

“(...) por exemplo a ansiedade gera uma situação de maior produtividade dentro da equipe, ou uma maior cobrança minha em relação ao maior grupo de resultado (...) então é um lado positivo das emoções, mas também tem o lado negativo (...) uma tristeza por exemplo, uma situação que a pessoa não conseguiu fazer uma entrega ou que ela está com algum problema pessoal. (E4)”

As emoções se difundem, inevitavelmente, sempre que pessoas se agrupam, ainda que o contato seja não verbal, podendo alterar a fisiologia humana e conseqüentemente as emoções (LEWIS; AMINI; LANNON, 2000). Esse fenômeno é chamado de espelhamento, segundo os Goleman (2015) e Goleman, Boyatzis e McKee (2018), e ocorre com intensidade na eminência de um conflito, na presença da raiva e da mágoa. Esse evento também acontece mediante interações agradáveis e é pouco evidenciado durante uma discussão emocionalmente neutra. O espelhamento existe pelo fato do sistema límbico do cérebro se apresentar como um circuito aberto, ou seja, há uma dependência de fontes externas para o próprio manejo.

Pesquisa realizada por Bartel e Saavedra (2000), com o objetivo de avaliar humor como uma propriedade coletiva de grupos de trabalho demonstrou que durante as reuniões empresariais as pessoas compartilhavam seus estados emocionais dentro de duas horas. Enfermeiros e contadores que tiveram suas emoções monitoradas durante semanas, enquanto trabalhavam juntos, apresentaram emoções análogas (TOTTERDELL et al., 1998).

A contínua interação dos membros do grupo cria uma combinação emocional e cada membro é capaz de adicionar sua própria emoção. Todavia, estudos revelam que o líder é o responsável por adicionar maior parte da carga emocional (GOLEMAN, 2015; GOLEMAN; BOYATZIS; McKEE, 2018). Na presente pesquisa, 30% dos entrevistados afirmaram que a relação com a liderança, seja ela de confiança ou de insatisfação, favorece ou não o clima emocional.

“Eu trabalhava com medo de errar (...) eu trabalhei com medo e a maioria das pessoas também (...) a maioria das pessoas estavam insatisfeitas com a chefia, porque a chefia não valorizava, a chefia não tentava compreender (...) a chefia não se preocupava com o adoecimento do outro, principalmente adoecimento mental.” (E2)

“Eu convivo muito com a coordenadora, ficamos na mesma sala, é uma pessoa muito gentil, muito compreensiva, muito amiga, então esse ambiente de trabalho é muito gostoso, é até prazeroso de ficar, mas na minha jornada nesses 8 anos, nem sempre foi assim.” (E5)

As falas dos entrevistados estão em conformidade ao exposto na literatura. Avanços em pesquisas neurocientíficas evidenciam que os estados emocionais dos indivíduos, em especial do líder, exercem impactos no ambiente de trabalho e nas pessoas que ali atuam, podendo despertar entusiasmo, motivação e comprometimento, e fazem alerta sobre os impactos negativos. Essa influência do humor do líder sobre as emoções dos membros da equipe é justificada pela característica de circuito aberto do sistema emocional cerebral (GOLEMAN, 2015; GOLEMAN; BOYATZIS; McKEE, 2018).

Pesquisa realizada por Hansen et al. (2018) analisou a relação entre a IE e o engajamento no trabalho em 135 gestores que atuam no estado do Rio Grande do Sul. O estudo comprovou que existe uma forte relação entre a IE e o engajamento no trabalho, quanto maior é a capacidade socioemocional do profissional maior é o nível de engajamento em relação ao seu trabalho. Goleman (2015) e Goleman, Boyatzis e McKee (2018) complementam que a motivação é um traço comum apresentado por líderes eficazes e que o gerenciamento adequado das emoções dos líderes reflete em toda a empresa, inclusive nos aspectos de competitividade, uma vez que o cenário organizacional está permeado de mudanças e de um crescimento tecnológico exorbitante. Sendo assim, líderes que possuem capacidade de gestão emocional apresentam maior adaptabilidade às transformações.

Todos os entrevistados descreveram os impactos que as emoções exercem no ambiente de trabalho. Em especial, nos ambientes de saúde, há maior interferência, uma vez que o produto da atividade de trabalho é o próprio ser humano, exigindo dos profissionais que ali

atuam habilidades emocionais, tais como empatia, flexibilidade, comunicação assertiva, saber sentir e saber compreender seus próprios sentimentos e dos outros. Diante do contexto de pandemia esse contágio emocional parece ter sido potencializado, favorecendo a manifestação de emoções de valência negativa, florescendo a necessidade da IE. A presença de pessoas com maiores habilidades socioemocionais favorece a construção do ambiente leve e harmonioso, beneficiando o trabalho. Em contrapartida, a ausência dessas capacidades promove um desgaste emocional intenso, refletindo negativamente na produtividade, no engajamento, nas relações interpessoais, no atendimento ao cliente/paciente e na saúde mental e emocional dos profissionais.

Comportamentos das pessoas emocionalmente inteligentes e seus efeitos no ambiente de trabalho

Pessoas emocionalmente inteligentes possuem uma mentalidade positiva, são conscientes de seus próprios sentimentos e dos outros, sendo capazes de nomear as emoções e comunicá-las com clareza sempre que preciso. Esse processo de autoconsciência é caracterizado por uma compreensão profunda sobre as próprias emoções, forças, fraquezas e necessidades. Indivíduos que apresentam essa capacidade reconhecem suas emoções e como elas afetam o seu desempenho e as pessoas ao seu redor, o que contribui para uma regulação emocional eficaz dentro de si e dos outros, cooperando para o bem-estar. A autoconsciência também está relacionada a uma maior compreensão sobre os valores e senso de propósito, o que favorece a definição de ações. Assim, indivíduos emocionalmente inteligentes percebem com precisão suas emoções e usam abordagens integradas e sofisticadas para gerenciá-las à medida que avançam em direção a objetivos importantes (GOLEMAN, 2012, 2015; GOLEMAN et al., 2017; SALOVEY; MAYER, 1990).

Um componente também relevante da IE é a autorregulação, sendo a capacidade de controlar emoções e sentimentos para manter a eficácia sob condições estressantes ou mesmo hostil. Isso não significa suprimir emoções, ao contrário, pessoas que possuem autocontrole emocional gerenciam adequadamente seus impulsos emocionais perturbadores e desestabilizantes, mantendo o pensamento lúcido e equilibrado (GOLEMAN, 2013, 2015; GOLEMAN et al., 2017a; SALOVEY; MAYER, 1990).

Em contraste, muitos problemas podem se originar a partir da deficiência de IE. Indivíduos que não aprendem a reconhecer e autorregular suas próprias emoções podem se tornar um escravo delas. Pessoas arrebatadas pela raiva não conseguem concentrar no que é importante e esses comportamentos podem fazer com que as pessoas ao seu redor se sintam mal, percebendo e rotulando esses indivíduos como 'insensíveis' (GOLEMAN, 2015; SALOVEY; MAYER; 1990).

Todos os entrevistados descreveram pessoas emocionalmente inteligentes como equilibradas, capazes de reconhecer e regular suas emoções de forma que não interfiram nas suas relações interpessoais, em seu trabalho e na qualidade das suas entregas. Os participantes afirmam que essas pessoas apresentam um comportamento reflexivo, organizado e ponderado, agindo com prudência ao invés de impulsividade. Assim, pessoas emocionalmente inteligentes fazem com que os outros sintam prazer em estar perto delas, por se sentirem melhor. Pessoas emocionalmente inteligentes apresentam empatia, respeito, escuta ativa e por isso conseguem se relacionar melhor com as outras. Por serem pessoas autoconscientes conseguem perceber com mais clareza as emoções e pensamentos dos outros, o que favorece o trabalho em equipe e a gestão de conflitos. A cooperação, a cordialidade e a disponibilidade para ensinar são características marcantes.

“Aqui no meu trabalho tem alguém que é muito centrada, ela consegue analisar o problema e o contexto (...) “pegar” o melhor desse contexto e transformar isso em ações (...) é o modelo de melhor Inteligência Emocional que eu conheço.” (E3)

“Uma colega de trabalho (...) essa pessoa é esse protótipo, ela tem capacidade técnica e eu acho que capacidade emocional mesmo de lidar com as coisas.” (E5)

Em relação aos efeitos que as pessoas emocionalmente inteligentes produzem no ambiente de trabalho, todos relataram impactos positivos. Dentre os efeitos estão a promoção de um ambiente tranquilo, colaborativo e de confiança, melhoria nos relacionamentos interpessoais, maior desenvolvimento do trabalho, produtividade e organização, favorecimento do processo de tomada de decisões e a promoção de ambientes saudáveis e com maior qualidade de vida.

Diversas experiências foram relatadas exemplificando os impactos das pessoas emocionalmente inteligentes e como a ausência dessas capacidades prejudicam o grupo como um todo. Há relatos de problemas com ansiedade, estresse e adoecimento mental quando foram geridos por gestores coercitivos e/ou incluídos em equipes segregadas. Os participantes afirmaram haver um impacto expressivamente negativo no ambiente de trabalho e também na assistência prestada ao cliente, como a sua segurança. Os participantes narraram os inúmeros benefícios de se conviver com colegas e gestores emocionalmente inteligentes, que contribuem para o bem-estar individual e da equipe, culminando em maior sensação de segurança, confiança e tranquilidade. Eles destacaram a empatia como um fator primordial, em especial, por se sentirem incluídos como parte importante do processo de trabalho.

Os relatos estão em conformidade com a literatura investigada por Goleman (2012, 2015, 2019) Goleman, Boyatzis e McKee (2018) e Salovey e Mayer (1990). Importante ressaltar que todos os participantes descreveram que as habilidades humanas, em especial, a IE, são fundamentais e imprescindíveis para o bem-estar no ambiente de trabalho e que, infelizmente, o desenvolvimento dessas ainda é pouco promovido por parte dos profissionais e organizações de saúde.

Aprendizagem socioemocional

A aprendizagem socioemocional é definida como os processos pelos quais crianças e adultos adquirem e cultivam habilidades essenciais para distinguir emoções, estabelecer e alcançar objetivos positivos, admirar as perspectivas dos outros, estabelecer e manter relacionamentos, tomar decisões responsáveis e lidar construtivamente com situações pessoais e interpessoais (OSHER et al., 2016; WEISSBERG et al., 2015).

O desenvolvimento das habilidades socioemocionais adjunto aos aspectos de caráter e de personalidade sustentam o que se considera desenvolvimento socioemocional (CARVALHO; SANTOS, 2016; MARIN et al., 2017). Baseado nessa premissa, Vigotski (2010) compreende que o desenvolvimento socioemocional ocorre por meio das interações de um sistema de relações influenciado pelo meio em que cada pessoa está inserida. Piske (2013) descreve que o processo de aprendizagem socioemocional está associado às vivências que os indivíduos apresentam em seu contexto social e cultural, as quais envolvem sentimentos e emoções.

Na análise das entrevistas, 100% dos participantes consideram a IE como um conjunto de capacidades/habilidades que podem ser aprendidas. Todavia, percebe-se que os entrevistados não conseguiram descrever, com propriedade, os ingredientes-chave e abordagens para o processo de aprendizagem socioemocional.

“ (...) eu imagino que devam ter ferramentas de aplicação diária, para a pessoa ter uma autoconsciência das suas emoções e suas interferências.” (E4)

“Considero ser possível (...) eu acho que é possível quando você consegue ampliar a visão das pessoas, mudar o foco (...) acho que é um aprendizado diário (...) acho que hoje existem ferramentas que podem potencializar o aprendizado.” (E8)

Os partícipes desta pesquisa consideram que o processo de autoconhecimento é o principal caminho para a construção da consciência e regulação emocional, que o desenvolvimento emocional ocorre gradativamente à medida que o ser humano experencia diferentes situações e contextos. Eles também relatam que o diálogo e a empatia são facilitadores desse tipo de aprendizagem, principalmente quando relacionado a ajudar o outro a reconhecer e gerenciar suas próprias emoções. Alguns disseram que o convívio com pessoas emocionalmente inteligentes favorece o desenvolvimento, pois esses indivíduos são capazes de articular e colocar em prática atitudes e aprendizados socioemocionais. Em geral, todos acreditam que existam formas estruturadas (metodologias e ferramentas) que propiciam esse desenvolvimento e que podem ser, inclusive, utilizadas nos ambientes de trabalho.

Algumas ações e ferramentas podem ser utilizadas para favorecer o aprendizado socioemocional, em especial a autoconsciência e o autocontrole emocional nos ambientes de trabalho, dentre eles: os programas de autodesenvolvimento, os processos de mentoring e coaching, programas de formação de lideranças, as avaliações de competências 360° com a promoção de feedbacks transparentes, atividades de reavaliação cognitiva e de atenção plena (Mindfulness) (GOLEMAN et al., 2017b).

Mesmo não possuindo conhecimento sólido à respeito do processo de aprendizagem socioemocional, houve a descrição de alguns métodos e ferramentas que podem ser utilizados, tais como: psicoterapia, treinamentos, palestras, rodas de conversas, processos de coaching e mentoring, conversas *one-to-one*, dentre outros. Os partícipes ressaltaram a importância dos investimentos individuais e organizacionais para esse tipo de aprendizado, principalmente pelos impactos positivos que geram nos ambientes de trabalho e na qualidade de vida em geral dos indivíduos.

Pode-se observar, também, que existem oportunidades de conhecimento sobre os aspectos científicos da IE e sobre os modelos/métodos de aprendizagem socioemocional. Essas lacunas são amplamente compreensíveis, pois o desenvolvimento dessas habilidades na academia ainda é embrionário e somente 20% dos participantes realizaram alguma capacitação formal a respeito do tema. Apesar dos aspectos familiares serem preditivos para a Inteligência Emocional, verifica-se que esse aprimoramento pode ocorrer em outros cenários, inclusive nos ambientes de trabalho.

Como modelo de aprendizagem socioemocional, sugere-se o proposto por Goleman et al. (2017b) e Goleman, Boyatzis e Mckee (2018), por considerar mais aplicável ao contexto de trabalho, e, em especial, para a formação de líderes e equipes. Importante ressaltar que esse modelo vem sendo aplicado em empresas de diversos países e tem-se mostrado eficaz no desenvolvimento das capacidades relacionadas à IE.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O atual cenário e as contínuas modificações e pressões que incitam os sistemas de saúde justificam e alicerçam o interesse e o crescente aumento de pesquisas sobre a temática IE na área de saúde, como no caso deste estudo.

Os objetivos propostos neste estudo foram alcançados, uma vez que foi possível descrever a compreensão dos gestores de saúde a respeito da IE. Por intermédio das entrevistas foi possível demonstrar a relevância da IE para os ambientes de saúde, sejam eles públicos ou privados, e seus inúmeros benefícios, estando esses associados a um ambiente mais harmônico, saudável, favorável à produtividade, ao desempenho, ao trabalho equipe, à cooperação, à comunicação e ao cuidado humanizado. Observou-se, também, que a empatia e o diálogo são facilitadores do processo de aprendizagem socioemocional e que o convívio com pessoas hábeis emocionalmente, além de prazeroso, promove a autoconsciência e a regulação das emoções, bem como favorece a saúde mental.

Os ambientes de saúde carecem de pessoas inteligentes emocionalmente e, por isso, cada vez mais se fazem necessários investimentos em estratégias que favoreçam a aprendizagem e o desenvolvimento socioemocional. Esses aspectos não devem ser esquecidos ou ignorados, uma vez que os impactos emocionais refletir-se-ão nos colaboradores que ali atuam e no cuidado prestado ao paciente. Felizmente, nos dias de hoje, principia-se ainda que de forma gradativa a compreensão de que as habilidades cognitivas e técnicas não são suficientes para a formação e atuação qualificada e humanizada dos profissionais de saúde.

Os resultados desta pesquisa também salientam a importância e a urgência de investimentos voltados para a aprendizagem socioemocional, sejam eles pessoais ou organizacionais. A pandemia ocasionada pela Covid-19 foi responsável por um aumento significativo de adoecimento mental entre os profissionais de saúde, e a IE está associada a uma melhor qualidade de vida e à promoção do bem-estar individual e coletivo.

Por meio deste estudo, foi possível contribuir cientificamente com a reflexão acerca do construto IE e da ampliação de conhecimentos que podem ser aplicados no dia a dia dos gestores e organizações de saúde. Na perspectiva acadêmica, o presente estudo contribuiu com a expansão da compreensão sobre o tema, além de provocar uma reflexão acerca da inclusão de disciplinas relacionadas ao desenvolvimento de competências socioemocionais nas matrizes curriculares de cursos de graduação da área de saúde.

Considerou-se como limitações deste estudo o fato de os participantes entrevistados serem egressos e alunos de apenas um programa de mestrado e de serem, principalmente, gestores de serviços públicos de saúde. Entende-se que uma amostra de gestores de saúde mais diversa poderá proporcionar informações adicionais. Para estudos futuros, sugerem-se a aplicação do treinamento proposto, uma nova análise sobre a compreensão da IE e a mensuração dos possíveis impactos gerados no ambiente de trabalho. Acrescenta-se, também, a utilização de outras técnicas de coletas de dados que permitam o aprofundamento das análises, tais como observação e grupos focais.

REFERÊNCIAS

ALVES, J. A. C.; RIBEIRO, C.; CAMPOS, S. A inteligência Emocional em enfermeiros responsáveis por serviços hospitalares. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. 3, n. 7, p. 33-42, jul. 2012. DOI <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1199>. Disponível em:

http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832012000200004. Acesso em: 17 mar. 2021.

ARAÚJO, M. M. T.; SILVA, M.J.P.; SIMONE, G.G.; TORALES, G.M.G. Emotional intelligence in the work of palliative care teams. **Revista BioEthikos**, São Camilo, v. 6, n. 1, p. 58-65, 2012. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/91/a06.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2021.

BAR-ON, R. The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI). **Psicothema**, Oviedo, v. 18, p. 13-25, 2006. Supplement. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17295953/>. Acesso em: 29 set. 2021.

BAR-ON, R. **The emotional intelligence inventory (EQ-I)**: technical manual. Toronto: Multi-Health Systems, 1997. 216 p.

BARTEL, C. A.; SAAVEDRA, R. The collective construction of work group moods. **Administrative Science Quarterly**, Ithaca, v. 45, n. 2, p. 197-231, 2000. DOI <https://doi.org/10.2307/2667070>. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/2667070>. Acesso em: 20 abr. 2022.

BOYATZIS, R. E. The Behavioral level of emotional intelligence and its measurement. **Frontiers in Psychology**, Pully, v. 9, n. 1438, p. 1-12, aug. 2018. DOI <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01438>. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2018.01438/full>. Acesso em: 6 maio 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 dez. 2012.

CAMUFFO, A.; GERLI, F.; GUBITTA, P. Competencies matter: modeling effective entrepreneurship in northeast of Italy small firms. **Cross Cultural Management: An international Journal**, London, v. 19, n. 1, p. 48-66, 2012. DOI <https://doi.org/10.1108/13527601211195628>. Disponível em: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/13527601211195628/full/html>. Acesso em: 7 maio 2022.

CARVALHO, E. J. G.; SANTOS, J. E. R. Políticas de avaliações externas: ênfase nas competências cognitivas e socioemocionais. **Práxis Educativa**, Ponta Grossa, v. 11, n. 3, p. 775-794, set./dez. 2016. DOI <https://doi.org/10.5212/PraxEduc.v.11i3.0014>. Disponível em: <https://revistas2.uepg.br/index.php/praxiseducativa/article/view/8959>. Acesso em: 7 maio 2022.

CHAGAS, P. V. Transtornos mentais são terceira maior causa de afastamento do trabalho. **Agência Brasil**, Brasília, 26 abr. 2017. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017-04/transtornos-mentais-sao-terceira-maior-causa-de-afastamento-do-trabalho>. Acesso em: 7 maio 2022.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. **Saúde Mental em números – 2014**. Lisboa: Ministério da Saúde, 2014.

ELFENBEIN, H. A. Emotion in organizations: theory and research. **Annual Review of Psychology**, Palo Alto, p. 1-69, feb. 2022. DOI <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.4028773>. Disponível em: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4028773. Acesso em: 20 abr. 2022.

FERNANDEZ, M.; LOTTA, G.; PASSOS, H.; CAVALCANTI, P.; CORRÊA, M. G. Condições de trabalho e percepções de profissionais de enfermagem que atuam no enfrentamento à covid-19 no Brasil. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 1-13, 2021. DOI <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021201011>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/rHQ55dwmfK5WCSSGS8xDpyDt/#>. Acesso em: 18 abr. 2022.

FRANCO, M. L. P. B. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Brasília: Liber Livro, 2008. 69 p.

FREDERICKSON, N.; PETRIDES, K. V.; SIMMONDS, E. Trait emotional intelligence as a predictor of socioemotional outcomes in early adolescence. **Personality and Individual Differences**, London, v. 52, p. 323–328, 2012. DOI <https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.10.034>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0191886911004892>. Acesso em: 5 maio 2022.

GARDNER, H. **Frames of mind**: the theory of multiple intelligences. New York: Basic Books, 1983. 440 p.

GARDNER, H. **Inteligências múltiplas**: a teoria na prática. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 346 p.

GARDNER, H. The theory of multiple intelligences. **Annals of Dyslexia**, Baltimore, v. 37, p. 19-35, 1987. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/23769277>. Acesso em: 17 mar. 2021.

GOLEMAN, D.; BOYATZIS, R.; DAVIDSON, R. J.; DRUSKAT, V.; KOHLRIESER, G. **Emotional self-awareness**: a primer. (Building blocks of emotional intelligence, Book 1). Florence: More Than Sound, 2017. *E-book Kindle*.

GOLEMAN, D.; BOYATZIS, R.; DAVIDSON, R. J.; DRUSKAT, V.; KOHLRIESER, G. **Emotional self-control**: a primer. (Building blocks of emotional intelligence, Book 2). Florence: More Than Sound, 2017a. *E-book Kindle*.

GOLEMAN, D.; BOYATZIS, R.; DAVIDSON, R. J.; DRUSKAT, V.; KOHLRIESER, G. **Emotional self-awareness**: a primer. (Building blocks of emotional intelligence, Book 1). Florence: More Than Sound, 2017b. *E-book Kindle*.

GOLEMAN, D. **Inteligência Emocional**. Rio de Janeiro: Objetiva, 1996. 375 p.

GOLEMAN, D. **Inteligência Emocional**: a teoria revolucionária que redefine o que é ser inteligente. 2. ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2012. 372 p.

GOLEMAN, D. **Inteligência social:** a ciência revolucionária das relações humanas. São Paulo: Objetiva, 2019.

GOLEMAN, D. **Liderança:** a Inteligência Emocional na formação do líder de sucesso. Rio de Janeiro: Objetiva, 2015. 144 p.

GOLEMAN, D.; BOYATZIS, R.; [McKEE](#), A. **O poder da Inteligência Emocional:** como liderar com sensibilidade e eficiência. São Paulo: Objetiva, 2018. *E-book Kindle*.

GONZAGA, A. R.; MONTEIRO, J. K. Inteligência Emocional e qualidade de vida em gestores brasileiros. **Avaliação Psicológica**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 117-127, 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712011000200003. Acesso em: 13 maio 2022.

HANSEN, R.; FABRICIO, A.; ROTILI, L. B.; LOPES, L. F. D. Inteligência Emocional e engajamento no ambiente de trabalho: estudo empírico a partir de gestores e equipes. **Revista Gestão Organizacional**, Chapecó, v. 11, n. 1, p. 3-24, jan./abr. 2018. DOI <https://doi.org/10.22277/rgo.v11i1.3980>. Disponível em: <http://bell.unochapeco.edu.br/revistas/index.php/rgo/article/view/3980>. Acesso em: 07 maio 2022.

HARVARD BUSINESS REVIEW ANALYTIC SERVICES (HBR-AS). **The EI Advantage:** driving innovation and business success through the power of emotional intelligence. Toronto: Four Seasons Hotels and Resorts, 2019. Disponível em: <https://hbr.org/resources/pdfs/comm/fourseasons/TheEIAvantage.pdf>. Acesso em: 15 set. 2020.

HITOMI, F.O.R.; CORDONI, J.L.; NUNES, E.F.P.A. Perfil dos gerentes de atenção primária à saúde de municípios de pequeno porte do norte do Paraná, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n. 2, p. 33-400, 2014. DOI <https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.21952012>. Acesso em 14 de setembro de 2022.

ISBELL, L. M.; BOUDREAUX, E. D.; CHIMOWITZ, H.; LIU, G.; CYR, E.; KIMBALL, E. What do emergency department physicians and nurses feel? A qualitative study of emotions, triggers, regulation strategies, and effects on patient care. **BMJ Quality & Safety**, London, v. 29, n. 10, p. 1-2, oct. 2019. DOI <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2019-010179>. Disponível em: <https://qualitysafety.bmj.com/content/29/10/1.5>. Acesso em: 10 mar. 2021.

KOZLOWSKI, D.; HUTCHINSON, M.; HURLEY, J.; ROWLEY, J.; SUTHERLAND, J. The role of emotion in clinical decision making: an integrative literature review. **BMC Medical Education**, London, v. 17, p. 1-13, dec. 2017. DOI <https://doi.org/10.1186/s12909-017-1089-7>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5732402/>. Acesso em: 20 mar. 2021.

LEONEL, F. Pesquisa analisa o impacto da pandemia entre profissionais de saúde. **FIOCRUZ de A a Z**, Rio de Janeiro, 22 mar. 2021. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/pesquisa-analisa-o-impacto-da-pandemia-entre-profissionais-de-saude>. Acesso em: 22 nov. 2021.

LEWIS, T.; AMINI, F.; LANNON, R. **A general theory of love**. New York: Random House, 2000.

LIN, D. T.; LIEBERT, C. A.; TRAN, J.; LAU, J. N.; SALLES, A. Emotional intelligence as a predictor of resident well-being. **Journal of the American College of Surgeons**, Chicago, v. 223, n. 2, p. 352-358, aug. 2016. DOI <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2016.04.044>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27182037/> Acesso em: 17 mar. 2021.

LINDEMAN, B.; PETRUSA, E.; MCKINLEY, S.; HASHIMOTO, D. A.; GEE, D.; SMINK, D. S.; MULLEN, J. T.; PHITAYAKORN, R. Association of Burnout with emotional intelligence and personality in surgical residents: can we predict who is most at risk? **Journal of Surgical Education**, New York, v. 74, n. 6, p. e22-e30, nov./dec. 2017. DOI <https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2017.11.001>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29198973/>. Acesso em: 20 mar. 2021.

LOBÃO, M. J. N. A importância da Inteligência Emocional para a prática médica do internista no futuro. **Medicina Interna**, Lisboa, v. 27, n. 4, p. 328-333, dez. 2020. DOI <http://dx.doi.org/10.24950/Revisao/MJLobao/4/2020>. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-671X2020000500010&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 15 mar. 2021.

LORENZETTI, J.; LANZONI, G. M. M.; ASSUITI, L. F. C.; PIRES, D. E. P.; RAMOS, F. R. S. Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 417-425, abr./jun. 2014. DOI <https://doi.org/10.1590/0104-07072014000290013>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000200417&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 13 mar. 2021.

MARIN, A. H.; SILVA, C. T.; ANDRADE, E. I. D.; BERNARDES, J.; FAVA, D. C. Competência socioemocional: conceitos e instrumentos associados. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 92-103, dez. 2017. DOI <https://doi.org/10.5935/1808-5687.20170014>. Disponível em: https://www.rbtc.org.br/detalhe_artigo.asp?id=255#:~:text=Resumo%3A,estar%20ao%20longo%20da%20vida. Acesso em: 6 maio 2022.

MAYER, J. D.; DIPAOLLO, M.; SALOVEY, P. Perceiving affective content in ambiguous visual stimuli: a component of emotional intelligence. **Journal of Personality Assessment**, [Burbank], v. 54, n. 3-4, p. 772-781, 1990. DOI 10.1080/00223891.1990.9674037. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2348356/>. Acesso em: 1 mar. 2021.

MAYER, J. D.; SALOVEY, P. What is emotional intelligence? In: SALOVEY, P.; SLUYTER, D.J. (ed.). **Emotional development and emotional intelligence: implications for educators**. New York: Basic Books, 1997. P. 3-31.

MAYER, J. D.; SALOVEY, P.; CARUSO, D. R. **Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT) user's manual**. Toronto: MHS, 2002. 110 p.

MINTZ, L. J.; STOLLER, J. K. A systematic review of physician leadership and emotional intelligence. **Journal of Graduate Medical Education**, Chicago, v. 6, n. 1, p. 21-31, mar.

2014. DOI <http://dx.doi.org/10.4300/JGME-D-13-00012.1>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24701306/>. Acesso em: 11 mar. 2021.

MORAIS, F. J.; SAUERBRONN, J. F. R.; OLIVIERA, J. S.; PESTANA, F. N. Gestão das emoções em ambiente de serviços: uma análise do trabalho emocional dos operadores em uma central de atendimento telefônico. *In: ENCONTRO DE ESTUDOS*

ORGANIZACIONAIS DA ANPAD, 8., 2014, Gramado. **Anais** [...]. Gramado: Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração/ANPAD, 2014. p. 1-16.

OLIVEIRA, D. S. Competências da Inteligência Emocional: um estudo sobre a influência nos processos de feedback. **Revista Científica Digital**, Porto Alegre, n. 2, p. 18-31, 2018. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ipa/index.php/folio/article/view/664>. Acesso em: 1 jun. 2019.

OSHER, D.; KIDRON, Y.; BRACKETT, M.; DYMNICKI, A.; JONES, S.; WEISSBERG, R. P. Advancing the science and practice of social and emotional learning: looking back and moving forward. **Review of Research in Education**, Itasca, v. 40, n. 1, p. 644-681, dec. 2016. DOI <https://doi.org/10.3102/0091732X16673595>. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.3102/0091732X16673595?journalCode=rrea>. Acesso em: 6 maio 2022.

PAIVA, R. A.; RANDOW, R.; DINIZ, L. P.; GUERRA, V. A. O papel do gestor de serviços de saúde: revisão de literatura. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 28, p. 181-184, 2018. Suplemento 5. DOI <https://doi.org/10.5935/2238-3182.20180135>. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/2455>. Acesso em: 12 mar. 2021.

PAULA, A. C. R.; CARLETTO, A. G. D.; LOPES, D.; FERREIRA, J. C.; TONINI, N. S.; TRECOSSI, S. P. C. Reações e sentimentos dos profissionais de saúde no cuidado de pacientes hospitalizados com suspeita covid-19. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 42, nesp., p. 1-7, 2021. DOI <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200160>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/8q8W4TsXcxWFrZnGkY65hnj/?lang=pt>. Acesso em: 20 abr. 2022.

PESTANA, F. N.; SAUERBRONN, J. F. R.; MORAIS, F. J. Reforma administrativa do Estado e trabalho emocional: um estudo a respeito da gestão das emoções realizada por servidores do INSS. **Revista Brasileira de Sociologia da Emoção, [S.l.]**, v. 10, n.30, p. 532-565, dez. 2011. Disponível em: <http://www.cchla.ufpb.br/rbse/RBSE%20v10%20n30%20dez2011%20em%20pdf.pdf>. Acesso em: 6 maio 2022.

PIRES, A. B. **Emoções no trabalho**: um estudo com gerentes médios da área de recursos humanos. 2010. Dissertação (Mestrado em Administração) – Instituto COPPEAD de Administração, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

PISKE, F. H. R. **O desenvolvimento socioemocional de alunos com altas habilidades/superdotação (AH/SD) no contexto escolar**: contribuições a partir de Vygotsky. Dissertação (Mestrado em Educação). Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013.

REBELO, A. C. J. **Inteligência Emocional dos profissionais de saúde da rede nacional de cuidados continuados integrados**. 2012. Dissertação (Mestrado em Gestão) – Universidade Católica Portuguesa, Viseu, 2012.

SALOVEY, P.; MAYER, J. D. Emotional intelligence. **Imagination, Cognition and Personality**, Farmingdale, v. 9, n. 3, p. 185-211, mar. 1990. DOI <https://doi.org/10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CDG>. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CDG>. Acesso em: 1 mar. 2021.

SALOVEY, P.; WOOLERY, A.; MAYER, J. D. Emotional intelligence: conceptualization and measurement. In: FLETCHER, G.; CLARK, M. S. (ed.). **The Blackwell handbook of social psychology**, Oxford: Blackwell, 2001. V. 2, cap. 11, p. 279-307.

SHOUHED, D.; BENI, C.; MANGUSO, N.; ISHAK, W. W.; GEWERTZ, B. L. Association of emotional intelligence with malpractice claims: a review. **JAMA Surgery**, Chicago, v. 154, n. 3, p. 250-256, mar. 2019. DOI <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2018.5065>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30698614/>. Acesso em: 20 mar. 2021.

SILVA, Y.C.; ROQUETE, F. F. Competências de gestor em serviços de saúde: análise da produção científica, no período de 2001 a 2011. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 15, n. 58, p. 2-12, jan./mar. 2013. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-704500>. Acesso em: 12 mar. 2021.

TOTTERDELL, P.; KELLETT, S.; TEUCHMANN, K.; BRINER, R. B. Evidence of mood linkage in work groups. **Journal of Personality and Social Psychology**, Washington, v. 74, n. 6, p. 1504-1515, 1998. DOI <https://doi.org/10.1037/0022-3514.74.6.1504>. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/1998-02892-007>. Acesso em: 19 apr. 2022.

VATANDOOST, M.; LITKOUHI, S. The future of healthcare facilities: how technology and medical advances may shape hospitals of the future. **Hospital Practices and Research**, Tehran, v. 4, n. 1, p. 1–11, feb. 2019. DOI <https://doi.org/10.15171/HPR.2019.01>. Disponível em: http://www.jhpr.ir/article_84115.html. Acesso em: 10 mar. 2021.

VIGOTSKI, L. S. **Psicologia pedagógica**. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

WEISSBERG, R. P.; DURLAK, J. A.; DOMITROVICH, C. E.; GULLOTTA, T. P. Social and emotional learning: Past, present, and future. In: DURLAK, J. A.; DOMITROVICH, C. E.; WEISSBERG, R. P.; GULLOTTA, T. P. (ed.). **Handbook for social and emotional learning: research and practice**. New York: The Guilford Press, 2015. p. 3–19.

WOYCIEKOSKI, C.; HUTZ, C. S. Inteligência Emocional: teoria, pesquisa, medida, aplicações e controvérsias. **Psicologia: reflexão e crítica**, Porto Alegre, v. 22, n. 1, p. 1-11, 2009. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722009000100002>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722009000100002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 15 mar. 2021.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA VISÃO DE FARMACÊUTICOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Tatiana Nunes Carvalho, Mestre em Gestão de Serviços de Saúde/UFMG, Farmacêutica de Medicamentos/Prefeitura Municipal de Belo Horizonte

Adriane Vieira, Doutora em Administração/UFMG, Departamento de Gestão em Saúde/EE/UFMG

Karla Rona da Silva, Doutora em Biomedicina/Santa Casa-BH, Departamento de Gestão em Saúde/EE/UFMG

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi analisar os fatores que dificultam e facilitam o fortalecimento de uma cultura de segurança do paciente, na visão dos farmacêuticos que atuam na Atenção Primária. O método utilizado foi o estudo de caso, com uso de entrevistas semiestruturadas com 10 farmacêuticos. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo temática. As principais dificuldades apontadas foram: ausência de funcionários fixos nas farmácias; perfil do nível operacional inadequado para a realização das tarefas; atuação do farmacêutico em mais de uma unidade de saúde, com sobrecarga de trabalho e comprometimento da comunicação. Como facilitadores tem-se a disponibilização de protocolos, notas técnicas e fluxos que respaldam e direcionam condutas. Sobre a cultura de segurança eles reconheceram a importância da comunicação, do desenvolvimento de uma cultura não punitiva diante dos erros, e valorização da educação permanente. Conclui-se que prestar cuidados seguros significa mudar as atitudes e práticas de todos os profissionais envolvidos no cuidado ao paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Segurança do paciente; Assistência Farmacêutica; Atenção Primária à Saúde.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a saúde pública tem como um dos princípios norteadores a integralidade, que se efetiva necessariamente com a consolidação da Assistência Farmacêutica (AF) como política de Estado, cujo objetivo principal é a garantia do acesso aos medicamentos e seu uso seguro e racional (SOUZA et al., 2017). Entretanto, a inserção mais concreta do farmacêutico no Sistema Único de Saúde (SUS), especificamente na Atenção Primária à Saúde (APS), se deu somente a partir de 2008 com a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que ampliou o escopo de ações e a resolubilidade deste nível de atenção (BRASIL, 2008; BRASIL, 2010; BRASIL, 2014).

O acesso aos medicamentos essenciais nos pontos de atenção próximos aos usuários consiste em um dos objetivos da APS, porta de entrada do sistema de saúde e coordenadora do cuidado (BRASIL, 2012). Os medicamentos distribuídos neste nível são essenciais para a efetividade do sistema, pois são eles que satisfazem as necessidades de cuidado, no entanto, o impacto positivo dos medicamentos, na saúde, depende de estruturação das farmácias, qualificação do serviço e da racionalidade da dispensação (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2011).

Serviços relacionados aos medicamentos de baixa qualidade implicam em riscos para a saúde dos usuários, pois podem ser altamente danosos e letais se dispensados ou utilizados de modo irracional, demandando estratégias de aperfeiçoamento contínuo dos processos de trabalho para qualificação do serviço prestado e garantia da segurança e da saúde do paciente (CARVALHO et al., 2015; REIS; SILVA, 2016).

As discussões sobre segurança do paciente na APS são incipientes e o conhecimento sobre os riscos neste nível de atenção são escassos (BRITO et al., 2017). Desse modo, torna-se relevante e oportuno conhecer e refletir sobre a segurança do paciente relacionada ao gerenciamento das farmácias (TOBIAS et al., 2014). Essa análise visa relacionar o impacto que a estrutura organizacional e a gestão dos processos têm sobre o comportamento das pessoas e

grupos dentro das organizações (ALMEIDA; BAPTISTA, 2017; ROBBINS; JUDGE; SOBRAL, 2010).

Nesse contexto, o objetivo deste trabalho foi descrever a visão dos profissionais sobre a cultura de segurança do paciente no ambiente de trabalho das farmácias, em uma cidade de Minas Gerais. O método de investigação escolhido foi o estudo de caso das farmácias de uma regional que possui 21 UBS, nas quais atuam 11 farmacêuticos, sendo que não há um cargo de nível operacional na sua estrutura para o desenvolvimento das atividades nesse setor. Sendo assim, na maioria dos casos, o trabalho é desempenhado por profissionais de nível médio e técnico, pertencentes às equipes de enfermagem, em sistema de rodízio e coordenados pelo farmacêutico do NASF.

Não foram encontrados até o momento na literatura estudos sobre clima de segurança desenvolvidos especificamente em farmácias da APS, o que justifica a relevância deste trabalho do ponto de vista acadêmico. Como resultado espera-se também identificar pontos fortes e fracos que requeiram maior investimento por parte dos gestores públicos.

REFERENCIAL TEÓRICO

Assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde com foco na APS

A integralidade do cuidado e terapêutica envolve uma tecnologia da saúde muito importante: o medicamento, que apresenta natureza híbrida, pois representa uma das principais ferramentas de intervenção em doenças e agravos, com benefícios à saúde, mas que também tem potencialidade para causar danos se utilizado e/ou dispensado de modo irracional ou inadequado. Os medicamentos movimentam grande quantidade de recursos financeiros, estão associados a conflitos de interesse, aspectos culturais e sociais (BRASIL, 2004; COSTA et al., 2017).

Com o objetivo de garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais, foi publicada, em 1998, a Política Nacional de Medicamentos, como parte essencial da Política Nacional de Saúde. A Política Nacional de Assistência Farmacêutica surgiu, por sua vez, em 2004 e representou um marco na perspectiva da obtenção de resultados concretos e de melhoria da qualidade de vida da população. Um dos eixos estratégicos discriminados nessa política é o desenvolvimento, valorização, formação, fixação e capacitação de recursos humanos (BRASIL, 2004; VIEIRA, 2010), destacando a importância do capital humano que cria, produz valor e tem preponderância no desempenho e efetividade dos serviços (CARMO et al., 2018).

Assim, a AF é o resultado da combinação de estrutura, pessoas e tecnologias, num dado contexto social, com componentes de natureza técnica, científica, administrativa e política, a fim de contribuir com a melhoria da qualidade de vida da população, integrando ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, em todos os níveis de atenção (COSTA et al, 2017).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a principal estratégia do SUS para estruturar o modelo assistencial no Brasil (PINTO; GIOVANELLA, 2018). Ela é considerada a porta de entrada do sistema de saúde, coordenadora do cuidado e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS), desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade (BRASIL, 2012).

O objetivo da APS é o desenvolvimento de uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades, o que é alcançado por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária (BRASIL, 2012).

A inserção do farmacêutico na APS se deu, de modo mais efetivo, com a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), em 2008. O NASF surgiu como dispositivo estratégico que amplia o escopo de ações da APS, a capacidade resolutive e o compartilhamento de saberes. As equipes do NASF são constituídas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento e a inclusão do farmacêutico nesse núcleo objetivou garantir o acesso à farmacoterapia eficiente e de qualidade, promover o uso racional e seguro de medicamentos, contribuir para que o investimento em medicamentos significasse incremento em saúde da população, de forma integrada à Saúde da Família (BRASIL, 2008; BRASIL, 2010; BRASIL, 2014). No entanto, os serviços relacionados aos medicamentos muitas vezes ainda são caracterizados como pontos de apoio e logísticos e não como integrantes essenciais do cuidado, o que contribui para a fragmentação dos serviços farmacêuticos e sua descontextualização na APS (MENDES; LEITE; STORPIRTIS, 2019).

A demanda por medicamentos é crescente, o que exige dos gestores não só o foco no abastecimento, mas também uma preocupação com a estrutura e com os recursos humanos das farmácias das UBS. A equipe da AF apresenta necessidades para fornecimento de um serviço de qualidade à população e, dentre esses requisitos, não só a qualificação dos profissionais envolvidos se torna fundamental, mas também a integração da equipe nos procedimentos realizados, o que influencia diretamente a visão da população em relação à gestão da saúde e a forma com que os recursos públicos estão sendo utilizados (OLIVEIRA; VIEIRA, 2015).

Carvalho (2014), em seu estudo de gestão de processos aplicado a uma farmácia da APS, ressaltou a necessidade de implementação do controle da dispensação focado em indicadores de resultado, promovendo assim melhorias nos processos-chave, como a necessidade de contratação e capacitação de técnicos habilitados.

A pesquisa documental e as entrevistas realizadas por Pereira, Luiza e Cruz (2015) sobre os serviços farmacêuticos, na APS do município do Rio de Janeiro, convergiam para a importância da implantação simultânea de um conjunto mínimo de ações gerenciais e clínicas, para que os serviços alcancem seus objetivos primários de acesso e promoção do uso racional dos medicamentos.

Desse modo, considera-se que a criação de programas de capacitação, fixação e valorização de recursos humanos é necessária ao desenvolvimento e qualificação das atividades da assistência farmacêutica na APS. Os trabalhadores devem ser considerados agentes neste processo, valorizados como sujeitos ativos na construção de mudanças, que parte da compreensão das condições de trabalho e da percepção de cada um sobre a organização e o serviço. Compreender o trabalho para transformá-lo passa, necessariamente, pela construção do ponto de vista dos trabalhadores e essa perspectiva tem guiado estudos no campo da saúde coletiva (BARBERATO; SCHERER; LACOURT, 2019).

Segurança do paciente e clima de segurança

Na cultura organizacional está contida a cultura de segurança, que é definida como o produto de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo, que determinam o compromisso, o estilo e a capacidade da gestão de saúde e da segurança do paciente em uma organização (FLIN et al., 2009).

Há um movimento global, nos últimos anos, pautado na temática de segurança do paciente, entendida como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde e elemento essencial para a melhoria da qualidade dos serviços ofertados à população. Esse movimento envolve esforços de todo o sistema de saúde, com o objetivo de promover o gerenciamento de riscos e um ambiente seguro, incluindo, entre outras práticas, a segurança relacionada aos medicamentos (BRITO et al., 2017; REIS; SILVA, 2016).

Corroborando com essa preocupação, no Brasil, o Ministério da Saúde lançou, em 2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que definiu seis protocolos a serem

implantados pelas instituições de saúde, dentre eles o de segurança na prescrição, transcrição, dispensação e administração de medicamentos (BRASIL, 2013b). No mesmo ano, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicou a Resolução da Diretoria Colegiada 36, que instituiu ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde (BRASIL, 2013a).

De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), mais de 50% dos medicamentos são prescritos ou dispensados de forma inadequada em todo o mundo e cerca de 50% dos pacientes usam medicamentos incorretamente, levando a alto índice de morbimortalidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006). Por outro lado, dados divulgados pela *National Patient Safety Agency*, do Reino Unido, demonstraram que as causas mais comuns de eventos adversos foram relacionadas a medicamentos (15,6%), acesso ou transição (13,11%), manejo clínico (8,3%), documentação (7,4%), comunicação (5,5%) e infraestrutura (3,0%) (SINGER et al., 2009).

Assim, a dispensação de medicamentos deve ser interpretada como serviço de complexidade, exigindo que sejam estudados e definidos parâmetros de estruturação e qualificação técnica (CARVALHO et al., 2017). Ainda são pouco conhecidos os riscos presentes na AF e suas repercussões para a saúde dos pacientes, pois as discussões sobre segurança do paciente nesse cenário ainda são incipientes, especialmente em países de baixa e média renda, como o Brasil (BRITO et al., 2017).

Torna-se, desse modo, relevante e oportuno conhecer e refletir sobre a segurança do paciente relacionada ao gerenciamento da cultura de segurança, uma vez que esta afeta diretamente a prática profissional. As organizações reconhecidas por possuírem uma cultura de segurança positiva parecem estar alicerçadas em uma base de comunicação franca e de confiança entre os trabalhadores, permeada pela consciência da importância da segurança e da adoção de medidas preventivas no contexto organizacional (SANTIAGO; TURRINI, 2015).

É fundamental que as organizações de saúde se empenhem para superar a cultura tradicional da culpa e castigo e passem a incentivar uma cultura do relato e do aprendizado com os erros e acidentes, de modo a criar condições para que a segurança do paciente seja encarada como responsabilidade de todos. Investir na redução do erro implica uma avaliação mais ampla do contexto, analisando características do trabalho em grupo, do modelo de gestão e da cultura da organização. Dessa forma, a avaliação dos processos e das condições de trabalho nas quais os profissionais estão inseridos permite identificar as falhas existentes e não apenas os responsáveis pelo erro (LIMA, 2014).

Estudos sobre cultura de segurança enfatizam que influências e falhas na estrutura organizacional e em decisões gerenciais representam os principais fatores de impacto sobre a segurança de todo o sistema assistencial. Entre esses fatores, os que apresentam maiores déficits estão relacionados às condições de trabalho como supervisão, comunicação, equipamentos, conhecimento e habilidade, treinamento profissional, com impacto na satisfação profissional. Somam-se as características pessoais dos profissionais de saúde e do próprio paciente, que também são determinantes na variabilidade da prática clínica. Desse modo, um grande desafio para a segurança do paciente nos serviços de saúde é criar uma cultura de segurança que permeie todas as ações da prática assistencial (SANTIAGO; TURRINI, 2015).

METODOLOGIA

O método adotado nessa pesquisa foi o de estudo de caso descritivo (YIN, 2001), cuja unidade de análise foi o clima de segurança das farmácias situadas em uma regional de uma cidade localizada no Estado de Minas Gerais, que possui 21 UBS, cada uma com uma farmácia, nas quais atuam 11 farmacêuticos da APS. Os participantes do estudo foram 10 farmacêuticos, que concordaram em participar voluntariamente da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

A técnica escolhida para a coleta de dados foi a entrevista semiestruturada com perguntas que sobre a visão dos participantes quanto a gestão das farmácias e as dificuldades e facilidades para sustentação de uma cultura de segurança no setor. A coleta de dados aconteceu no período de 20 de outubro de 2021 a 13 de novembro de 2021. As entrevistas foram realizadas em horário agendado e em local reservado, para garantir a privacidade, tendo sido tomadas todas as medidas para prevenção e controle de transmissão da COVID-19, presentes no Protocolo Institucional da Secretaria Municipal.

Todas as entrevistas foram gravadas, transcritas na íntegra e submetidas à análise de conteúdo do tipo categorial temática, que tem por objetivo classificar o conteúdo dos textos alocando as declarações, sentenças ou palavras a um sistema de categorias, e o posterior tratamento dos dados para torná-los significativos e válidos, com inferências e interpretações (FLICK, 2013). Para preservar as identidades, os entrevistados são citados pela letra F seguindo de um número que corresponde à ordem das entrevistas. Este estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e da Prefeitura Municipal, sob os pareceres 4.974.280 e 4.922.444, respectivamente.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os dados levantados nas entrevistas foram organizados em três categorias de análise, para melhor compreensão e discussão de pontos centrais: perfil dos profissionais de nível operacional que trabalham nas farmácias; dificuldades e facilidades na gestão das farmácias; compreensão dos participantes sobre a cultura de segurança do paciente.

Descrição do caso

De acordo com documento disponível no site da Secretaria Municipal, a organização da Assistência Farmacêutica (AF) ocorreu a partir de 1993, quando foi criada a Gerência de Assistência Terapêutica no Nível Central. Atualmente, a AF está estruturada em três níveis: a Gerência de Assistência Farmacêutica e Insumos Essenciais (GAFIE), no nível central, responsável pela definição da política de Assistência Farmacêutica do município e suas diretrizes, planejamento e coordenação; 9 Farmácias Regionais que abastecem e dão suporte técnico às UBS; e 183 farmácias de unidades de saúde, no nível local, nas quais se efetiva a dispensação e assistência direta ao usuário e equipe de saúde,

Os processos da AF são informatizados, o que constituiu avanço importante, especialmente no aspecto da gestão de estoque, controle, obtenção de dados, agilidade na dispensação e adoção do prontuário eletrônico. O farmacêutico da APS ocupa o cargo de Técnico Superior de Saúde e presta apoio especializado às UBS, atuando em dois grandes eixos: as atividades técnico-gerenciais e as atividades assistenciais. As atividades técnico-gerenciais envolvem ações de planejamento, de organização, direção e controle, para a ampliação da eficácia e eficiência da AF. As atividades assistenciais envolvem as ações clínicas diretas ao usuário, através da dispensação qualificada, de atendimentos clínicos individuais ou compartilhados com outras categorias profissionais, acompanhamento farmacoterapêutico, revisão de farmacoterapia, realização e participação em grupos terapêuticos e de promoção e prevenção de saúde, realização de visitas domiciliares. Ele desenvolve também atividades técnico pedagógicas que atendam às necessidades das equipes envolvidas no cuidado, por meio de educação permanente e apoio matricial

Os profissionais de nível médio e técnico, que atuam nas farmácias, ocupam o cargo de Técnico de Serviço de Saúde e, em sua maioria, são técnicos de enfermagem, em esquema de rodízio segundo escala organizada por enfermeiros, o que configura um aspecto dificultador do processo de trabalho no setor, revelado nas entrevistas com os farmacêuticos. Os técnicos escalados para atuar na farmácia são coordenados e supervisionados pelo Farmacêutico do NASF e desenvolvem as tarefas de: dispensação de medicamentos, com registro adequado e orientações aos pacientes; recebimento e armazenamento correto de medicamentos; realização

de inventários, para conferência do estoque físico e no sistema; fornecimento de informações sobre medicamentos e acesso; recebimento de documentos e processos para acesso a medicamentos especiais e regulados.

A regulamentação da profissão de técnico de farmácia encontra-se em consulta pública e é uma aspiração antiga da categoria e dos farmacêuticos. Acredita-se que, devido à ausência de regulamentação, a categoria de técnico de farmácia não foi incluída em concursos públicos da Prefeitura Municipal, porém, a partir de 2019, houve a contratação temporária de profissionais desta categoria, em algumas unidades de saúde que apresentavam cargos vagos de Técnicos de Serviços de Saúde.

Participantes da pesquisa

Os 10 farmacêuticos entrevistados apresentaram idade entre 26 e 47 anos, 8 eram do sexo feminino, 7 eram solteiros, 8 não tinham filhos. Em relação aos vínculos de trabalho, 6 apresentavam vínculo por contrato administrativo temporário e 4 eram profissionais efetivos, 1 tinha carga horária semanal de 20 horas e 9 tinham carga de 40 horas sendo responsáveis pela coordenação de 2 farmácias. O tempo de atuação no cargo de farmacêutico variou de 1 ano e 5 meses a 10 anos, sendo o tempo médio de 6 anos.

Perfil dos profissionais de nível operacional que trabalham nas farmácias

Os cuidados em saúde na APS ocorrem nas UBS e essas unidades são denominadas Centros de Saúde no município do estudo. Há diretrizes gerais de organização da APS pela Secretaria Municipal, porém cada UBS representa uma realidade muito particular. As diferenças entre as unidades perpassam por localização, estrutura física, espaço físico das farmácias, perfil dos gerentes, forma de organizar os processos de trabalho, que depende da visão dos profissionais que atuam nas unidades sobre os serviços prestados e sobre a assistência à saúde como um todo. Nas entrevistas realizadas com os farmacêuticos foram evidenciadas diferenças nas percepções dos profissionais sobre o trabalho desenvolvido nas farmácias, que refletem as peculiaridades de cada unidade de saúde onde trabalham.

Os funcionários de nível operacional que atuam nas farmácias são técnicos e auxiliares de enfermagem, alocados nos diversos setores de acordo com a escala organizada pelos enfermeiros, tais como: farmácia, vacina, coleta de exames, curativo, sala de observação e eletrocardiograma. Quando escalados na farmácia eles ficam sob a coordenação do farmacêutico, que encontra muita dificuldade de envolvê-los nos processos de trabalho, em função da formação inadequada e até mesmo da falta de motivação, o que acaba comprometendo a qualidade do serviço prestado e a segurança do paciente. Esses profissionais muitas vezes manifestam o desconforto de atuar na farmácia, por considerarem desvio de função.

O funcionário da farmácia é o técnico de enfermagem. Esse perfil muitas vezes não é ideal porque ele roda outros setores e quando volta tem de passar por uma readaptação, ou seja, ele tem que relembrar as tarefas. A sensação que eu tenho é que ele está ali só de passagem e isso impacta na atenção dada aos pacientes. (F5)

As vezes a gente tem um ou dois funcionários que gostam, que estão motivados, mas os que não estão desmotivam os outros. Um começa a reclamar e o outro parece que vai na onda. Gerir o setor onde têm muitas pessoas trabalhando insatisfeitas é muito complicado, por mais que você se esforce. (F2)

O setor saúde no Brasil tem sido submetido a uma forte precarização, caracterizada por vínculos frágeis, perda de direitos trabalhistas e más condições de trabalho. Em diversas instituições coexistem trabalhadores com vínculos diferentes, exercendo o mesmo cargo e recebendo salários diferentes, uns com estabilidade e outros com contratos temporários e

direitos trabalhistas reduzidos, situação que foi abordada pelos farmacêuticos entrevistados (ALMEIDA; BAPTISTA, 2017). Além disso, El Shafei e Zayed (2019), ao analisarem a rotatividade dos profissionais de saúde, reconheceram que a sua restrição é altamente recomendada, de modo a assegurar um maior compromisso dos profissionais com o trabalho desenvolvido.

A maioria dos profissionais de nível médio e técnico que atuavam nas farmácias apresentava como vínculo de trabalho o contrato administrativo de caráter temporário, não sendo, portanto, contemplados com uma remuneração adequada e nem com direitos trabalhistas como fundo de garantia, auxílio alimentação e transporte. Os entrevistados apontam que essa situação impacta na ocorrência de erros e na sua repetição, pela displicência e desinteresse na execução das atividades. O que acarreta também frustração para os pacientes, que recebem informação incorreta, não detalhada e atenção inadequada.

À medida que a gente trabalha com essa equipe que está desmotivada e que não tem muito interesse no que está fazendo, os erros acontecem muito mais. Então, o impacto na segurança do paciente é muito grande. (F2)

Para o paciente, o impacto de um bom profissional está na orientação qualificada, na disposição e boa vontade para esclarecer dúvidas, direcionar fluxos, encaminhar para outros profissionais ou níveis de assistência quando necessário, de modo a reduzir a violência verbal e respostas grosseiras (PEREIRA; LUIZA; CRUZ, 2015).

Aquele funcionário implicado, que gosta de estar naquele setor, faz total diferença no atendimento qualificado. Porque a gente sabe que não é só entregar o medicamento, é fornecer orientações qualificadas sobre o uso daquele medicamento. E isso vai impactar demais na satisfação do usuário, porque quando um usuário é mal atendido, que recebe uma resposta grosseira, acaba gerando cada vez mais violência. (F3)

Do ponto de vista da segurança, profissionais satisfeitos e com perfil adequado são mais dedicados e humanos, apresentam maior preocupação com os erros, fornecem melhor atendimento e informações mais qualificadas para o paciente (MAGALHÃES et al., 2019). A partir de 2019, o município contratou alguns técnicos de farmácia em algumas UBS, com atuação fixa e específica no setor, e a inserção mais efetiva dessa categoria foi percebida como extremamente positiva pelos farmacêuticos.

Eu acho que o técnico de farmácia agrega qualidade nesse atendimento, porque ele se preocupa mais em dar as orientações básicas sobre medicamento. Até o nosso envolvimento melhora porque quando começamos a discutir sobre o medicamento com o técnico vão surgindo questões que a gente nunca tinha pensado. Então, a gente consegue mudar o trabalho pensando um pouco mais nessa qualidade do atendimento. E até consegue delegar algumas tarefas. (F7)

Foram citadas como vantagens dessa contratação a formação técnica específica do profissional, o maior conhecimento relacionado à dispensação e aos medicamentos, a maior responsabilização e identidade com o setor, a fixação desses profissionais na farmácia, o alívio de sobrecarga do farmacêutico com o compartilhamento de funções e responsabilidades. Stephanelli (2015) ao analisar a inserção de técnicos em farmácia na APS, evidencia que onde quer que o farmacêutico atue existe espaço para que o técnico em farmácia lhe forneça auxílio nas atividades de gestão técnica, deixando-o mais disponível para atividades de gestão clínica, referentes ao uso de medicamentos.

Infere-se que um dos motivos para ausência desse profissional de modo efetivo se deve a questões conflituosas que envolvem a atuação e a inserção dos técnicos de nível médio em farmácia, principalmente devido ao não reconhecimento e registro desses profissionais no que

seria o seu conselho de classe, o Conselho Federal de Farmácia. Apesar disso, o curso de técnico de farmácia consta no Catálogo Nacional de Cursos Técnicos do Ministério da Educação e Cultura, que regulamenta a execução destes cursos, e o Ministério do Trabalho e Emprego apresenta na Classificação Brasileira de Ocupações a ocupação ‘técnico em farmácia’, reconhecendo, assim, este profissional (STEPHANELLI, 2015).

Dessa forma, é possível concluir que a qualidade do serviço de saúde desenvolvido na farmácia está atrelada ao perfil adequado de profissionais do setor, com impacto na comunicação, trabalho em equipe, assistência e segurança do paciente.

Dificuldades e facilidades na gestão das farmácias

A ausência de uma equipe fixa apresenta como consequência duas outras grandes dificuldades descritas pelos entrevistados: ausência de autonomia por parte do farmacêutico e dependência direta de outros profissionais no processo de trabalho, como enfermeiros na organização das escalas. Outra dificuldade apontada foi a sobrecarga gerada pela atuação do farmacêutico em mais de uma UBS, tendo que dividir carga horária e responsabilidades na gestão de mais de uma farmácia.

De acordo com a lei 13021, o farmacêutico deve estar presente durante todo o horário de funcionamento das farmácias, seja ela de qualquer natureza (BRASIL, 2014), o que não se efetiva nas farmácias estudadas. O profissional farmacêutico deve ser um profissional de saúde acessível à população e à equipe de saúde para resolver as mais diversas demandas relacionadas aos medicamentos, desde dúvidas sobre acesso, disponibilidade de medicamentos no SUS, recebimento de documentos para requisição de medicamentos regulados, esclarecimentos sobre administração e aplicação de medicamentos. Desse modo, a demanda espontânea ao profissional ocorre durante todo o horário de funcionamento das farmácias, mas nem sempre ele pode estar presente para resolver os problemas in loco.

Além de gerir a farmácia, em todos os aspectos, atender as demandas espontâneas de usuários e equipe, os farmacêuticos também possuem demandas programadas que incluem reuniões de matriciamento com as equipes de saúde, reuniões de categoria, reuniões regionais do NASF, atendimentos individuais e compartilhados, grupos de promoção e prevenção à saúde, participação na comissão local de saúde. No entanto, os farmacêuticos destacaram que as atribuições técnico-gerenciais são preponderantes, com comprometimento das atividades clínico-assistenciais e do papel do farmacêutico no cuidado.

Eu acho que a gente acaba perdendo nisso. O profissional que é qualificado, que poderia fazer mais na questão da assistência farmacêutica, não faz tanto porque a questão técnica e gerencial demanda muito e é depositado muito na gente (F4).

Outra queixa manifestada foi a falta de apoio por parte de alguns gerentes de UBS ao trabalho desenvolvido nas farmácias. Ao não apresentar a visão correta das funções exercidas na farmácia, os gerentes muitas vezes comprometem os processos de trabalho.

Porque eu já passei a demanda para o meu superior, mas ele não está vendo que é necessária uma troca de funcionário ou uma conversa mais firme para mudança de postura, então fica como se só o farmacêutico estivesse preocupado e achando aquilo errado. (F6)

Há dificuldade por parte dos dirigentes em assimilar que a causa dos erros e eventos adversos em saúde é multifatorial e que os profissionais de saúde estão suscetíveis aos eventos adversos quando os processos organizacionais são complexos e mal planejados (LIMA, 2014). Os serviços relacionados aos medicamentos muitas vezes ainda são caracterizados como pontos de apoio e logísticos e não como parte da integralidade do cuidado em saúde, e essa visão de que o setor está segregado da UBS é um fator dificultador da gestão das farmácias, segundo os

entrevistados. Muitas vezes os farmacêuticos se sentem sozinhos e sem apoio, ainda que trabalhando em uma unidade de saúde multiprofissional (MENDES; LEITE; STORPIRTIS, 2019). Estudo de Barberato, Scherer e Lacourt (2019) sobre o trabalho do farmacêutico na APS evidencia dificuldades semelhantes, relacionadas à aceitação e reconhecimento do trabalho desse profissional, além de falta de apoio estrutural para o trabalho e insuficiência no número de profissionais, gerando sobrecarga e deficiência no entendimento.

Por fim, foram apontadas deficiências na infraestrutura, espaço e, por conseguinte, precariedade na organização da farmácia como obstáculos importantes ao desenvolvimento seguro e qualificado de atribuições e funções no setor. Resultados semelhantes foram obtidos no estudo Araújo *et al.* (2008) e Leite *et al.* (2017) sobre a AF na APS, concluindo que as farmácias de UBS, em geral, apresentavam deficiências estruturais, espaço físico reduzido, com presença de grades ou barreiras entre o dispensador e o usuário e uma demanda crescente de atendimentos.

Na análise das facilidades percebidas pelos farmacêuticos, foi possível detectar que várias dificuldades apontadas por alguns são descritas como facilidades por outros, o que evidencia diferenças entre as unidades de saúde relacionadas à organização, estrutura e perfil gerencial. Por exemplo, quatro farmacêuticos destacaram como positivo o apoio recebido dos gerentes no desenvolvimento do trabalho, em detrimento de outros farmacêuticos que consideraram a falta de apoio como dificuldade. Quatro farmacêuticos consideraram como facilidade a fixação de profissionais nas farmácias nas quais atuam e um apontou como ponto positivo o fato de ter conseguido melhorias na estrutura de uma farmácia nos últimos anos.

Outro facilitador apontado foi a disponibilização, pela Secretaria Municipal de Saúde, de protocolos, Procedimentos Operacionais Padronizados (POP), notas técnicas e fluxos que respaldam e direcionam condutas e permitem que todos os profissionais possam ler e procurar informações de fácil acesso, quando necessário. Uma boa organização e estruturação da farmácia requer a presença de técnicos motivados e capacitados e faz parte disso a padronização dos processos de trabalho, bem como sua melhor visualização pelos colaboradores através dos fluxogramas (LUVISON, 2015).

O apoio da Farmácia Regional ao farmacêutico da APS foi outro ponto mencionado como facilitador do processo de gestão das farmácias. Os farmacêuticos recorrem ao nível regional diante de dúvidas e problemas, necessidade de orientações, participam de reuniões mensais de categoria direcionadas pela farmácia regional para discussão de notas técnicas, mudanças na padronização, direcionamento de condutas, análise de indicadores e resultados.

Compreensão dos participantes sobre a cultura de segurança do paciente

Esta categoria de análise trata da compreensão dos participantes sobre cultura de segurança do paciente, identificando o conhecimento que os farmacêuticos possuem sobre o tema e a percepção de cada um relacionada ao cuidado seguro em saúde.

A cultura de segurança do paciente somente passou a ser abordada como termo pelas organizações de saúde nacionais a partir de 2013, com a instauração do Programa Nacional de Segurança do Paciente, através da Portaria 529 (SOUZA, 2015). A cultura de segurança é definida como conjunto de valores, atitudes, comportamentos, percepções e competências individuais e grupais que determinam o comprometimento de uma instituição com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde (BRASIL, 2013a; SOUZA, 2015).

A cultura de segurança do paciente envolve a responsabilidade, a não culpabilidade, o trabalho em conjunto, o processo num todo de não culpa do funcionário em si, mas culpa do processo mesmo. Acho que essa é a cultura de segurança. É trabalharmos em conjunto para a gente conseguir fechar as brechas para o problema chegar ao final. (F4)

Três farmacêuticos abordaram a importância da não culpabilização e aprendizado com os erros, que é uma das principais características que operacionaliza a cultura de segurança descrita na Portaria 529, a qual enfatiza o desenvolvimento de sistemas seguros, evitando-se os processos de responsabilização individual (BRASIL, 2013b). De acordo com Carvalho (2015), a essência da cultura de segurança está na colaboração mútua dos membros de toda a organização, inclusive o envolvimento dos pacientes e familiares nas ações de segurança.

Não ter essa cultura de fulano está errando e sim buscar identificar onde o processo falhou, qual etapa tem que ser melhorada. (F1)

Eu acho que a cultura de segurança é desenvolver a segurança em todo o centro de saúde e não só no âmbito da farmácia. É desenvolver isso com os funcionários, com a gestão, com o próprio paciente. (F2)

A cultura, se a gente pegar na raiz da palavra, é algo que permanece, é aquilo que transcende. (F8)

Como descrito por Almeida e Baptista (2017), a cultura organizacional tem caráter mais permanente e reflete a personalidade da organização, sendo passível de mudança, porém em um processo mais lento. Ao tentarem definir cultura de segurança, alguns profissionais, se aproximaram mais do conceito de segurança do paciente, que, de acordo com a RDC 36 consiste na redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde (BRASIL, 2013c).

Tudo da nossa prática que visa reduzir erros, e quando eles acontecem, reduzir o dano. (F2)

Outros apresentaram definições mais próximas de uso racional de medicamentos, que é o objetivo principal da AF. O uso racional de medicamentos consiste no processo que compreende a prescrição apropriada, a disponibilidade oportuna e a preços acessíveis, a dispensação em condições adequadas, o consumo nas doses indicadas, nos intervalos definidos e no período de tempo indicado, de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade (BRASIL, 2007).

Eu acho que é tudo aquilo que envolve o cuidado para o paciente ter o medicamento certo, na hora certa, tomar da maneira correta, evitando erros de dispensação, erros de medicação. (F9)

Uma das estratégias abordadas na portaria 529 para implementação da cultura de segurança é a promoção de processos de capacitação de gerentes, profissionais e equipes de saúde em segurança do paciente (BRASIL, 2013b), o que também foi abordado pelos farmacêuticos entrevistados na explanação sobre esse conceito. Sendo assim, eles demonstraram ter conhecimento e consciência sobre a importância da construção coletiva da cultura de segurança, implicando os pacientes no processo e trabalhando os erros e problemas para o aprendizado organizacional.

CONCLUSÕES

As farmácias situadas em todas as UBS consistem em importante ponto de cuidado em saúde, ao representarem o último contato dos pacientes com o serviço, antes de iniciarem os tratamentos medicamentosos prescritos, com oportunidade de intervenção, orientação e de serem barrados erros ocorridos em etapas anteriores. A atividade principal de dispensação, muitas vezes interpretada com foco no produto, como simples entrega de medicamentos, é, na

verdade, uma atividade complexa, multiprofissional, que deve ser centrada no paciente, com o objetivo de promover um uso seguro e racional dos medicamentos.

A caracterização dos profissionais de nível médio/técnico que atuam nas farmácias demonstrou que são, em sua maioria, técnicos de enfermagem, com escolaridade ensino médio/técnico, cujo vínculo de trabalho principal foi o contrato administrativo temporários. Esses profissionais são escalados na farmácia em esquema de rodízio, coordenados pelo farmacêutico do NASF quando atuam no setor e, na visão dos farmacêuticos, possuem deficiências na formação, não consideram como atribuição o serviço desenvolvido nas farmácias e, por isso, muitas vezes, trabalham desmotivados.

A predominância do vínculo por contrato administrativo temporário evidencia processo de precarização do trabalho, com vínculos frágeis e perda de direitos, que tem como uma das consequências a alta rotatividade de profissionais nas UBS e o comprometimento da qualidade do serviço prestado e da segurança do paciente.

Os farmacêuticos, por sua vez, são profissionais com idade de 26 a 47 anos, predominância do sexo feminino, solteiros, sem filhos, tendo como vínculo principal o contrato administrativo temporário. Integram o NASF e desenvolvem atribuições técnico gerenciais e assistenciais.

Os entrevistados evidenciaram dificuldades enfrentadas no processo de coordenação das farmácias e construção de uma cultura de segurança, que perpassam pela visão simplista do trabalho desenvolvido no setor e não reconhecimento da farmácia como serviço de saúde integrado aos demais cuidados em saúde. Outros problemas relacionados foram: ausência de equipe fixa e de profissionais específicos no setor; alta rotatividade de profissionais; e atuação do farmacêutico em mais de uma unidade de saúde, com sobrecarga de trabalho e comprometimento das atividades clínicas e da comunicação.

A ausência de apoio do gerente das UBS também foi descrita como problema por alguns, de modo que, ao não apresentar a visão correta das funções exercidas na farmácia os gerentes muitas vezes comprometem os processos de trabalho, tornando os profissionais de saúde suscetíveis a cometerem eventos adversos.

Sobre a cultura de segurança, os farmacêuticos reconheceram a importância da comunicação, do desenvolvimento de uma cultura não punitiva diante dos erros, da realização de capacitações e educação permanente. Assim, conclui-se que prestar cuidados seguros significa mudar as atitudes e práticas de todos os profissionais envolvidos no cuidado ao paciente.

As limitações deste estudo estão relacionadas à amostra por conveniência e à abordagem transversal, que limita as conclusões ao momento da realização. Para futuros estudos sugere-se o envolvimento de outras regionais de saúde e o uso da metodologia quantitativa para medir a cultura de segurança.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Mirian Cristina dos Santos; BAPTISTA, Patrícia Campos Pavan. **Gestão de pessoas e comportamento organizacional em instituições de saúde**. São Paulo: SENAC, 2017.

ARAÚJO, Aílson da Luz André de *et al.* Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 611-617, 2008.

BARBERATO, Luana Chaves; SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; LACOURT, Rayane Maria Campos. O farmacêutico na atenção primária no Brasil: uma inserção em construção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 10, p. 3717-3726, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução CNS 338/2004: Política Nacional de Assistência Farmacêutica**. Brasília: 6 de maio de 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154: Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF**. Brasília: 24 jan. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de atenção básica – Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: 2012.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília: Anvisa; 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 529, de 1 de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde; 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cuidados farmacêuticos na Atenção Básica. Caderno 1: Serviços Farmacêuticos na atenção à saúde**. Brasília, 2014.

BRITO, Ana Paula de et al. **Adaptação cultural e validação do Primary Care Safety Questionnaire para o cenário brasileiro**. 2017. 145f. Tese de doutorado em Ciências da Saúde. Faculdade de enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2017.

CARMO, Hércules Oliveira et al. Indicadores de gestão de pessoas: ferramentas essenciais no trabalho do enfermeiro. **Revista H-TEC Humanidades e Tecnologia**, v. 2, n. 1, p. 64-81, 2018.

CARVALHO, Jane Maria de. **A gestão orientada a processos aplicada a uma farmácia de um serviço de saúde da atenção primária à saúde**. 2014. 95f. Dissertação de Mestrado do Mestrado Profissional em Administração e Gestão da Assistência Farmacêutica. Faculdade de Farmácia, Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2014.

CARVALHO, Paloma Aparecida, et al. Cultura de segurança no centro cirúrgico de um hospital público, na percepção dos profissionais de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v.23, n.6, p.1041-1048, 2015.

CARVALHO, Rhanna Emanuela Fontenele Lima, et al. Avaliação da cultura de segurança em hospitais públicos no Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v.25, e2849, 2017.

COSTA, Ediná Alves et al. Concepções de assistência farmacêutica na atenção primária à saúde, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, supl. 2:5s, 2017

EL SHAFEI, Arwa Mohamed Hosney; ZAYED, Mouchira Amin. Patient safety attitude in primary health care settings in Giza, Egypt: Cross-sectional study. **The International Journal of Health Planning and Management**, v. 34, n. 2, p. 851-861, 2019.

FLICK, Uwe. **Introdução à metodologia de pesquisa**: um guia para iniciantes. São Paulo: Penso Editora, 2013.

FLIN, Rhona et al. **Human factors in patient safety**: review of topics and tools. Geneva (CH): World Health Organization, 2009.

LEITE, Silvana Nair *et al.* Serviço de dispensação de medicamentos na atenção básica no SUS. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, supl. 2, 2017.

LIMA, Flávia Danielli Martins. A segurança do paciente e intervenções para a qualidade dos cuidados de saúde. **Revista Espaço para a Saúde**, v. 15, n. 3, p. 22-29, 2014.

LUVISON, Andiara. **Análise dos processos de trabalho na Assistência Farmacêutica da Secretaria da Saúde de Veranópolis-RS, 2014**. 2014. 39 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização de Gestão em Saúde) – Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

MAGALHÃES, Felipe Henrique de Lima et al. Clima de segurança do paciente em um hospital de ensino. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, PortoAlegre, v. 40 (esp), e20180272, 2019.

MENDES, Samara Jamile; LEITE, Silvana Nair; STORPIRTIS, Silvia. Observação participante de serviços farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde, Brasil: primeiras impressões. In: Congresso Íbero-Americano em Investigação Qualitativa, 8., 2019, Lisboa. **Anais [...]**. Lisboa: CIAIQ, 2019, v. 2, p. 297-302, 2019.

OLIVEIRA, Juliana Gambin Marques de; VIEIRA, Liliana Batista. Construção de um Plano Operativo para integrar os profissionais envolvidos na Assistência Farmacêutica de um município do interior de São Paulo. **Boletim Informativo Geum**, v. 6, n. 3, p. 73, 2015.

OLIVEIRA, Luciane Cristina Feltrin de; ASSIS, Marluce Maria Araújo; BARBONI, André René. Avaliação da assistência farmacêutica básica em um município da Bahia, Brasil. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v.34, n.4, p. 853-864, 2011.

PEREIRA, Nathália Cano; LUIZA, Vera Lucia; CRUZ, Marly Marques da. Serviços farmacêuticos na atenção primária no município do Rio de Janeiro: um estudo de avaliabilidade. **Saúde em Debate**, São Paulo, v. 39, p. 451-468, 2015.

PINTO, Luiz Felipe; GIOVANELLA, Ligia. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 23, p. 1903-1914, 2018.

REIS, Adriana Teixeira; SILVA, Carlos Renato Alves da. Segurança do paciente. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n.3, eRE020316, 2016.

ROBBINS, Stephan Paul; JUDGE, Timothy A; SOBRAL, Filipe. **Comportamento organizacional: teoria e prática no contexto brasileiro**. 14. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2010.

SANTIAGO, Thaiana Helena Roma; TURRINI, Ruth Natalia Teresa. Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. SPE, p. 123-130, 2015.

SINGER, Sara J. et al. Patient safety climate in 92 US hospitals: differences by work area and discipline. **Medical Care**, v. 47, n.1, p. 23-31, 2009.

SOUZA, Gisélia Santana *et al.* Caracterização da institucionalização da assistência farmacêutica na atenção básica no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo v. 51, p. 7s, 2017.

SOUZA, Verusca Soares de. **Clima de segurança, carga de trabalho e dimensionamento de pessoal de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva**. 2015. 132f. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2015.

STEPHANELLI, Lásaro Linhares. **Técnicos em farmácia em atividades de assistência farmacêutica na atenção básica à saúde do Sistema Único de Saúde: formas de inserção e participação**. 2015. 94 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 27, p. 149-156, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Quality Assurance and Safety of Medicines Team. The safety of medicines in public health programmes: pharmacovigilance an essential tool**. Geneva: WHO; 2006

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman, 2001.

EFEITOS DA APLICAÇÃO DA METODOLOGIA *LEAN THINKING* NO PRONTO ATENDIMENTO DE UM HOSPITAL GERAL

Maysa de Paula Pacheco Batista, Mestre em Gestão de Serviços de Saúde/UFMG
Adriane Vieira, Doutora em Administração/UFMG, Departamento de Gestão em Saúde/EE/UFMG

RESUMO

O objetivo deste artigo foi analisar as implicações da metodologia *Lean Thinking* sobre a qualidade dos serviços prestados no Pronto Atendimento de um hospital geral e sobre a satisfação dos clientes. A metodologia, na saúde, está voltada para a melhoria na qualidade da assistência e atendimento aos clientes, como forma de eliminar desperdícios e assegurar maior atenção na prestação de cuidados. O método utilizado foi o estudo de caso, com uso de documentos e entrevistas semiestruturadas com as lideranças da unidade de análise. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo temática. Evidenciou-se, que a metodologia *Lean Thinking* trouxe como efeitos: a redução do tempo de espera para a realização do atendimento médico, maior fluidez no atendimento, especialização do corpo clínico quanto aos tipos de casos, permitiu o atendimento aos diferentes perfis de pacientes com agilidade e segurança e melhorou a experiência e a satisfação do cliente atendido. Conclui-se que a experiência de implantação da metodologia, no Pronto Atendimento de um hospital geral, trouxe ganhos de qualidade e segurança para a realização da assistência e implicou a melhoria da satisfação dos clientes.

PALAVRAS-CHAVE: *Lean Thinking*; Eficiência operacional; Gestão em saúde.

INTRODUÇÃO

A gestão hospitalar envolve um conjunto de processos gerenciados em setores ou departamentos específicos, e, para gerenciar efetivamente esses processos, bem como os recursos humanos e materiais envolvidos, o hospital deve mapear todas as suas atividades para ter um panorama global das necessidades de intervenção e dos pontos fortes já existentes (SILVA *et al.*, 2019).

Os serviços de saúde brasileiros, há algum tempo, mostram-se sobrecarregados, por isso, é comum a existência de longas filas de espera para atendimento médico, excesso de burocracia, pouca organização dos processos e dificuldade dos profissionais em obter e localizar insumos básicos para a assistência, o que traz para o cliente uma percepção de baixa qualidade no atendimento prestado (BUZZI; PLYTIUK, 2011).

No entanto, as instituições de saúde vêm buscando melhorar suas operações dentro de suas gestões para incrementar a competitividade. O crescimento da demanda por serviços de saúde, a exigência por padrões mais elevados de qualidade e segurança e o aumento da concorrência têm impulsionado os hospitais a se ajustarem a uma nova realidade, na qual a sobrevivência do negócio e o seu crescimento estão ligados à eficiência de seus processos e à satisfação do cliente (PERALTA; ROSA, 2020).

Conforme Silva *et al.* (2019), uma das estratégias que vem sendo utilizada na realidade hospitalar no Brasil, para mapeamento e otimização de processos, é a metodologia *Lean Thinking* que significa “produção enxuta”, também denominada *Lean Healthcare* quando aplicada à saúde.

O *Lean Thinking* é uma estratégia de gestão aplicável a todos os tipos de organizações, porque está relacionada à melhoria de processos. As organizações, incluindo o setor de saúde, são compostas de uma série de processos, ou conjuntos de ações, destinados à criação de valor para aqueles que usam ou dependem deles, no caso dos hospitais, seus clientes ou pacientes (BERTANI, 2012).

O Pronto Atendimento de um hospital geral é uma das principais portas de entrada para a instituição hospitalar, local onde os pacientes chegam ansiosos, preocupados, muitas vezes, sentido dor e com a expectativa de serem atendidos com agilidade, segurança e de forma

assertiva. Dessa forma, entende-se que a aplicação do *Lean Thinking*, nos processos realizados por essa área, pode contribuir com significativa melhoria na percepção de qualidade e consequente aumento na satisfação dos clientes de saúde.

Nesse contexto, formula-se a seguinte questão norteadora da pesquisa: Quais são as implicações da implantação da metodologia *Lean Thinking* sobre a qualidade dos serviços prestados no Pronto Atendimento de um hospital geral e os efeitos sobre a satisfação do cliente?

Dessa forma, o objetivo deste trabalho foi analisar as implicações da metodologia *Lean Thinking* sobre a qualidade dos serviços prestados no Pronto Atendimento de um hospital geral e sobre a satisfação dos clientes.

O estudo torna-se relevante ao avaliar as implicações da implantação da metodologia *Lean Thinking* na satisfação dos clientes, podendo também servir de orientação para gestores de outras instituições de saúde para a tomada de decisão quanto à adoção da metodologia, quando se tratar do objetivo de melhoria dos resultados relacionados aos clientes. Além disso, a pesquisa contribui para a produção de conhecimento, no que diz respeito aos aspectos da aplicabilidade da metodologia *Lean Thinking* e também para a produção científica brasileira, ainda incipiente quando se trata de relacionar os efeitos de aplicação da metodologia na satisfação dos clientes.

REFERENCIAL TEÓRICO

Contexto da saúde no Brasil, ferramentas e tecnologias gerenciais para a gestão

O cenário de saúde no Brasil apresenta fragilidades que, por diversas vezes, são expostas através dos meios de comunicação. Os problemas permanentemente enfrentados pelos hospitais e que evidenciam a falta de um sistema de gestão eficiente, colocando o paciente no centro do cuidado são longos tempos de espera, aumento desnecessário de exames, elevados custos operacionais, escassez de pessoal, erros médicos, entre outros (SILBERSTEIN, 2006).

Segundo um relatório divulgado pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 2013, o Brasil ocupou a 108ª posição no que diz respeito à satisfação com a qualidade e o atendimento à saúde, em comparação com 126 países, deixando evidente a fragilidade do sistema e a necessidade de mobilização das organizações para alcance do grau máximo de qualidade e competitividade de modo a assegurarem sua sobrevivência e o seu crescimento (BARBOSA *et al.*, 2015).

As organizações têm passado por transformações decorrentes de mudanças no contexto econômico, social e político, bem como de novas exigências do mercado e dos clientes. Esse cenário requer a utilização de estratégias gerenciais efetivas que viabilizem a excelência da qualidade e ofereçam serviços necessários à população (MANZO *et al.*, 2013).

Em relação à qualidade dos serviços de saúde, segundo Antunes e Trevizan (2000), o consumidor tem forçado os hospitais a adotarem modelos de gestão que atendam a esses quesitos. O modelo de gestão é o conjunto de normas e princípios que devem orientar os gestores na escolha das melhores alternativas para levar a empresa a cumprir sua missão com eficácia. É o produto do subsistema institucional que representa as principais determinações, vontades e expectativas, sejam elas do proprietário ou do principal gestor, isto é, como os processos devem acontecer na empresa.

A qualidade da gestão e da assistência, de acordo com Seleglim *et al.* (2010), pode ser conhecida por meio de avaliações da satisfação dos usuários, e de suas expectativas e necessidades sobre o serviço prestado, em um processo necessário que fornece informações úteis.

As métricas convencionais de satisfação dos clientes ficam a desejar em termos de confiabilidade, uma vez que existe pouca correlação entre as taxas de satisfação mensuradas e o comportamento exibido pelos clientes, explica Reichheld (2018). Descontente com tais pesquisas de satisfação, Reichheld buscou, portanto, desenvolver uma métrica que melhor

representasse o que os clientes sentiam a respeito da empresa, e que melhor se relacionasse com seus comportamentos enquanto consumidores.

Dessa forma, surgiu o *Net Promoter Score*, um indicador que foi apresentado, pela primeira vez, por Reichheld em 2003, com o objetivo de mensurar a lealdade dos consumidores com uma empresa. Baseado no princípio de que quanto maior o número de promotores, maior a probabilidade de que seu negócio cresça e se destaque perante a concorrência (LEE, 2009).

A partir de uma escala de 0 a 10, Reichheld (2018) identificou três grupos com comportamentos distintos: promotores (notas 9 ou 10, consumidores com as taxas mais elevadas de recomendação); passivos ou neutros (notas de 7 ou 8, embora satisfeitos, não são considerados leais à empresa); detratores (notas de 0 a 6, insatisfeitos com a empresa e a nota atribuída indica que suas vidas foram afetadas negativamente pela experiência com a companhia).

Para os consumidores promotores, as organizações devem realizar esforços para manter o entusiasmo, desenvolver formas de elevar o número desses clientes, oferecer reconhecimento e recompensas aos funcionários que trabalham nesta direção. No caso do grupo de detratores, as empresas devem dedicar atenção especial a esses clientes, investigando qual a causa da insatisfação por eles apresentada, desculpando-se e apresentando uma possível solução para o problema. Para os passivos ou neutros, o objetivo da organização deve ser o de aprimorar o máximo possível, de uma forma viável em termos de recursos, seus serviços e produtos, de modo a trazer encantamento para esta categoria de clientes, e transformar uma parte deles em promotores (REICHHELD, 2018).

Por fim, Reichheld (2018) defende que a responsabilidade sobre o NPS não deve ser atribuída somente a um departamento ou a um grupo seletivo de pessoas. Se a organização tem como uma de suas prioridades conquistar a lealdade de seus consumidores, então a adoção e desenvolvimento do NPS deve ser papel de todos, e os líderes devem estar engajados e comprometidos em elevar o número de promotores e reduzir o número de detratores.

Lean Thinking como ferramenta de melhoria nos serviços de saúde

A metodologia gerencial *Lean Thinking* é uma abordagem sistemática que permite a identificação e a redução de perdas nos processos produtivos, tendo como foco agregar qualidade e entregar ao cliente somente o que considera como valor (BUZZI; PLYTIUK, 2011).

A aplicação do *Lean Thinking*, nos serviços de saúde, pode ser realizada em vários níveis como a gestão de estoques e fornecedores, logística, exames de diagnóstico, o fluxo dos pacientes, os seus tempos de espera e os tempos globais do serviço nos serviços de urgência ou nas consultas externas, otimização do uso dos blocos operatórios, deslocação dos pacientes, serviços administrativos, entre outros (RIBEIRO, 2013).

Nessa direção, a metodologia *Lean Healthcare*, derivada do *Lean Thinking*, é apresentada enquanto uma filosofia, um método de gestão com um conjunto de ferramentas provenientes da produção enxuta e introduzidas nos cenários da saúde como um possível caminho para mudar a forma com que essas organizações são gerenciadas (CAMPOS JÚNIOR, 2019).

Os desperdícios são sintomas de problemas em um processo. Eles são considerados perdas e classificados em oito categorias: serviços desnecessários ou excesso de produção; espera e/ou atrasos; movimentação desnecessária; transporte dispensável; excesso de processamento; inventário em demasia; erros/defeitos; falta de criatividade/talento (HADFIELD *et al.*, 2016).

Eliminar as atividades desnecessárias constitui a essência do pensamento *Lean* e significa deixar de fazer o que é irrelevante, liberando capacidade de trabalho para o que realmente interessa, como é o caso da segurança do paciente e da qualidade do cuidado (HADFIELD *et al.*, 2016).

Uma das ferramentas da metodologia *Lean Thinking*, aplicáveis aos serviços de atendimento de urgência e emergência, é o *Fast Track*, (tradução do inglês: faixa ou via rápida), consiste em uma forma de ordenar ou sequenciar o planejamento e o controle de recursos, do tipo tempo de operação mais curto primeiro (do inglês SOT – *Shortest operation time first*), em que se processam pequenas atividades rapidamente (CHAVES *et al.*, 2021).

A utilização dos conceitos aplicados na prática enquadra-se nas ferramentas de trabalho padronizado, gestão por metas, política da qualidade, 5'S (organização), mapa de fluxo de valor (diagnóstico), *Just in time* (produção exata de acordo com a demanda), *Kanban*/ gestão visual. Todo o método baseia-se no sistema de “produção puxada”, em outras palavras, só pode produzir mais se houver demanda, ou comprar mais se for faltar (PERES *et al.*, 2021).

Os princípios da metodologia *Lean Thinking* possibilitam um olhar diferenciado sobre o sistema, possibilitando o resgate ao foco da assistência no atendimento às necessidades do paciente (TOUSSAINT; GERARD, 2012).

Os cinco princípios *Lean* funcionam como um guia universal para a implementação da metodologia e podem ser adaptados para a área da saúde (BURGES; RADNOR, 2013).

Princípio 1 - Identificar o que é valor para o cliente: avaliar o processo, separando o que é valor para o cliente do desperdício (atividades que não agregam valor) melhora a qualidade do cuidado e reduz os custos assistenciais, através da eliminação de etapas não críticas ou desconectadas dos processos essenciais, como atrasos, filas e descontentamento por parte dos pacientes (PINTO, 2014).

Princípio 2 - Desenhar o fluxo de valor do início ao fim, eliminando os desperdícios: não é recomendado que a empresa enxergue suas atividades pontualmente, mas deve enxergar toda a sequência de operações e atividades que agregam e não agregam valor no processo produtivo (BERTANI, 2012). Na prática, o mapeamento da atividade deve ser conduzido por pessoas que atuam no caminho do paciente em diferentes pontos, como: atendente, paramédico, enfermeira e médico especialista (BURGES; RADNOR, 2013).

Princípio 3 - Criar o fluxo contínuo e padronizar os processos: essa etapa consiste em redesenhar o processo de forma a fluir continuamente e padronizar as atividades em torno da melhor prática, eliminando as etapas que não agregam valor, como esperar por uma cama, um médico especialista ou medicamento (BURGES; RADNOR, 2013).

Princípio 4 - Utilizar a lógica de produção puxada: produção puxada significa que um processo inicial não deve produzir um bem ou um serviço sem que haja solicitação do cliente de um processo posterior (WOMACK; JONES, ROSS, 2004).

Princípio 5 - Buscar a perfeição por meio da melhoria contínua: buscar a perfeição por meio da melhoria contínua significa gerenciar em direção à perfeição. Eliminar sistematicamente o desperdício para alcançar um processo ideal em que o valor é criado em cada etapa. Isso deve se tornar parte da cultura organizacional, onde o *Lean* deve se tornar “a maneira como fazemos as coisas por aqui” (BURGES; RADNOR, 2013).

METODOLOGIA

No que diz respeito ao método, realizou-se um estudo de caso único (YIN, 2015), de caráter descritivo, cuja unidade de análise foi o Pronto Atendimento de um hospital geral de grande porte, privado, localizado na cidade de Belo Horizonte - Minas Gerais. Os participantes do estudo foram profissionais de saúde ou de apoio que atuaram no Pronto Atendimento em cargos de liderança durante o processo de implantação da metodologia *Lean Thinking*, que concordaram em participar voluntariamente da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

A técnica escolhida para a coleta de dados foi documentos e entrevistas semiestruturadas com as lideranças da unidade de análise. Foram realizadas análises de procedimentos operacionais, atas de reunião, planos de ação relacionados ao projeto, indicadores de processos

e relacionados à satisfação de clientes, relatórios obtidos por meio do NPS, relatórios de satisfação dos clientes, base de dados das pesquisas de satisfação, relatório de diagnóstico operacional do Pronto Atendimento, além do diário de campo que registrou todo o processo de implantação da metodologia. Além disso, foram realizadas quatro entrevistas semiestruturada com lideranças do Pronto Atendimento (PA), escolhidas intencionalmente em função de terem sido responsáveis pelo processo de implantação do *Lean Thinking*: 01 Coordenador de Enfermagem, 01 Coordenador Médico do Pronto Atendimento, 01 Coordenador Médico da Clínica Médica, 01 Coordenador de Atendimento.

Para avaliação dos dados qualitativos, coletados a partir das entrevistas semiestruturadas, da análise de documentos e dos dados obtidos através dos relatórios de NPS, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo do tipo categorial temática, que consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens (BARDIN, 2016).

Para preservar as identidades, os entrevistados são citados pela letra G seguindo de um número que corresponde à ordem das entrevistas. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais sob o CAAE 32211220.2.0000.5149.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados obtidos através da análise de conteúdo foram organizados em três categorias de análise, para melhor compreensão e discussão de pontos centrais: processo de implantação da metodologia *Lean Thinking*, a visão das lideranças e análise dos resultados das pesquisas de satisfação.

Apresentação do caso

A instituição em que foi realizado este estudo, aqui denominada Hospital X, é uma organização privada, com fins lucrativos, de grande porte. As operações de atendimento ao público iniciaram-se em 2002. Sua atuação abrange atendimento médico de urgência e emergência, cirurgias, consultas ambulatoriais, internações, terapia intensiva, entre outros serviços. É especializado em cirurgias minimamente invasivas, que garantem a rápida recuperação dos pacientes, tem destaque para as especialidades de ortopedia, neurocirurgia, cirurgia geral e buco-maxilo.

Desde sua inauguração, houve uma grande preocupação da equipe gestora com os processos de qualidade. A instituição alcançou o mais alto nível de certificação nacional de qualidade em 2011, quando obteve a acreditação pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) em nível de Excelência. Em 2020, foi certificado pela Joint Commission International (JCI), a mais antiga instituição de definição de padrões de atendimento médico dos Estados Unidos.

Atualmente, o hospital possui 1.422 médicos ativos em seu corpo clínico; o quadro de pessoal é composto por 955 colaboradores próprios e 238 terceirizados; conta uma área construída de aproximadamente 13 mil m²; atende mais de 40 especialidades e conta com 215 leitos, dos quais 40 na Unidade de Terapia Intensiva e 175 na Unidade de Internação; realiza, em média, 8.900 atendimentos por mês no Pronto Atendimento, 2.800 consultas eletivas na Central de Consultas, 1.350 internações e 1.170 cirurgias.

O Pronto Atendimento do Hospital X é o setor responsável pelo atendimento aos pacientes que apresentam situações de urgência e ou emergência. Conta com equipe multidisciplinar qualificada e estrutura técnica para atendimentos aos pacientes. O fluxo de atendimento é baseado na classificação de risco pelo Protocolo de *Manchester* que permite rápida assistência com acolhimento, humanização e excelência.

O setor conta com 10 consultórios para atendimento médico, 23 poltronas para medicação, 2 leitos de emergência, 9 leitos para observação e 2 leitos para atendimento a pacientes com necessidade de isolamento. Funciona 24 horas por dia, realiza atendimento a pacientes com mais de 15 anos nas seguintes especialidades médicas: Medicina de Emergência, Clínica Médica, Cirurgia Geral, Ortopedia, Cardiologia, Neurologia, Otorrinolaringologia, Urologia e Oftalmologia.

Desde o ano de 2015, a equipe gestora do Hospital X formou um comitê para avaliar os processos do Pronto Atendimento, composto por Diretor Técnico, Gerente de Enfermagem, Gerente de Planejamento, Gerente de Atendimento e Hotelaria e Coordenação de Enfermagem do Pronto Atendimento. Este comitê estudou os fluxos de atendimento, a estrutura física, o dimensionamento das equipes e o resultado dos indicadores de performance como tempo de atendimento, satisfação dos clientes, assertividade na classificação de risco.

A partir desses estudos foram identificados gargalos de desempenho e oportunidades de melhoria. Assim, o comitê buscou realizar visitas de benchmarking para identificar, em outras instituições hospitalares, metodologias que pudessem contribuir para a melhoria desses pontos. Nas visitas e nos estudos realizados pelo comitê, a metodologia *Lean Thinking* apareceu como uma importante ferramenta de mudança de processos e melhoria dos resultados.

Assim, em 2019 o comitê apresentou ao Diretor Presidente a proposta de implantação da metodologia *Lean Thinking* no Pronto Atendimento. Após aprovação, realizou-se um diagnóstico da situação de desempenho operacional do Pronto Atendimento e definiram-se as ações de melhoria para adequação dos processos.

As ações foram implantadas no mês de janeiro de 2020, porém, no mês de março, surgiram em Belo Horizonte os primeiros casos da doença Síndrome Respiratória Aguda Grave 2 (SARS-CoV-2) causada pelo novo coronavírus (COVID-19). Com a pandemia, os esforços da equipe gestora do Hospital X voltaram-se para a organização da estrutura física, dos fluxos e dos processos para atendimentos aos pacientes acometidos pela doença e também para garantir um atendimento seguro aos demais pacientes. Dessa forma, o comitê que estava atuando na avaliação dos processos do Pronto Atendimento e conduzira a implantação da metodologia *Lean Thinking* foi desfeito, encerrando suas atividades no mês de maio de 2020.

Processo de implantação da metodologia Lean Thinking

O Hospital X possui um grande volume de pacientes que fazem uso do serviço de Pronto Atendimento. No período da pesquisa, recebia cerca de 9.500 pacientes desse fluxo ao mês. A instituição já possuía um planejamento para aumentar e melhorar a infraestrutura física do Pronto Atendimento, porém, devido aos altos custos de obra e adequação do local, a execução desse projeto levaria um tempo maior para ocorrer. Dessa forma, houve a busca de metodologias para melhorar a eficiência do Pronto Atendimento, para atender mais pacientes sem aumentar a estrutura física existente,

Um dos fatores motivadores, apresentado por Fabbri (2011) para a implantação da metodologia *Lean Thinking* no Hospital Paulista, foi a expectativa da instituição em aumentar o volume de pacientes atendidos no setor de Emergência. No Instituto de Oncologia do Vale, Barbosa *et al.* (2015) identificaram o resultado mais expressivo das melhorias alcançadas após implantação da metodologia que se refere ao aumento da capacidade de atendimento de pacientes, calculada em torno de 170%.

Foi realizada uma visita técnica em um hospital localizado na cidade de São Caetano no estado de São Paulo, alguns membros do comitê tiveram a oportunidade de conhecer um Pronto Atendimento que utilizava a metodologia *Lean Thinking* para o processo de atendimento aos pacientes. Os gestores puderam observar a organização do local que não apresentava filas para atendimento e nem para internação dos pacientes. Não havia superlotação, o atendimento transcorria de forma rápida e tranquila e o gerente do Pronto Atendimento mostrou o resultado

positivo dos indicadores de satisfação dos clientes, o que demonstrava satisfação com os processos de atendimento.

Dessa forma, em agosto de 2019, iniciou-se uma busca por consultorias especializadas na gestão de Pronto Atendimento, com base na metodologia *Lean Thinking*, para a realização de um diagnóstico quanto à infraestrutura, aos processos e aos resultados obtidos pelo serviço. Realizou-se então, o diagnóstico de desempenho operacional do Pronto Atendimento com base nos atendimentos realizados entre os meses de janeiro a agosto do mesmo ano e apresentadas as oportunidades de melhoria ao grupo gestor da instituição.

Assim, como descrito por Peres *et al.* (2021), a realização do diagnóstico é fundamental para avaliação da situação e levantamento de oportunidades de melhoria. O objetivo dessa etapa foi conhecer a situação do Pronto Atendimento naquele momento e identificar os possíveis gargalos que estivessem impactando no desempenho do atendimento aos clientes.

A primeira característica avaliada diz respeito à volumetria de atendimento. O volume médio de atendimento diário era de 319 pacientes e o anual de 116.433 pacientes. O processo de admissão de pacientes demonstrava uma entrada crescente no período da manhã e picos no início e no final da tarde. A distribuição da chegada dos pacientes, evidenciava uma maior procura por parte dos pacientes nas segundas-feiras. A Clínica Médica representa cerca de 40% do total de atendimentos do serviço, enquanto a Ortopedia e a Cirurgia Geral somam aproximadamente 20% cada uma delas. O horário que apresenta o maior volume de entradas é entre 9 e 11 horas.

O Hospital X classifica a gravidade dos pacientes em seis categorias de acordo com o Protocolo de Manchester: vermelho, laranja, amarelo, verde, azul e branco, sendo, nessa ordem, a primeira para os mais graves, e a última para os menos graves. Foi evidenciada uma predominância pelos atendimentos de baixo risco (classificação branca, azul e verde) que representam 86,1% dos atendimentos.

No diagnóstico operacional, o tempo médio gasto entre a chegada do paciente e o atendimento médico foi identificado em 65 minutos, o que demonstrava dificuldade no processo de entrada dos pacientes. O processo de passagem, medido pelo tempo entre o atendimento médico e a decisão de conduta foi de 140 minutos, o que também sinalizava dificuldades nesta etapa.

O tempo médio entre a decisão de conduta e a saída do paciente foi medido em 1 hora, o que mostra um bom desempenho nessa etapa, considerando que os pacientes de baixo risco representam 86,1% do volume.

Após essa análise, realizou-se a avaliação de eficiência da utilização de profissionais (médicos e enfermeiros), de forma a definir se havia demanda acima ou abaixo da capacidade. O cálculo foi realizado utilizando a relação entre a taxa de chegada e a disponibilidade de profissionais. Esperava-se que o resultado estivesse em uma faixa entre 60% e 85% de utilização, indicando uma zona confortável. Valores abaixo de 60% indicam subutilização dos recursos e acima de 85% superutilização, o que pode gerar estresse e perda de capacidade do serviço.

Foi evidenciado que a capacidade instalada na Clínica Médica se apresentava desalinhada com a demanda. Observando-se uma superutilização do recurso ao longo do período, considerando os atuais tempos de atravessamento (da entrada até a alta do paciente). Ou seja, o quadro de profissionais estava insuficiente.

As especialidades Ortopedia e Cirurgia Geral apresentavam uma capacidade instalada de médicos também desalinhada com a demanda, porém, nessas especialidades, identificou-se uma subutilização do recurso ao longo do período.

A capacidade instalada da equipe de enfermagem estava desalinhada com a demanda. Observa-se uma subutilização do recurso ao longo do período. Quanto à equipe de enfermeiros

que realizava classificação de risco, a disponibilidade de profissionais estava alinhada com a demanda, requerendo apenas alguns ajustes.

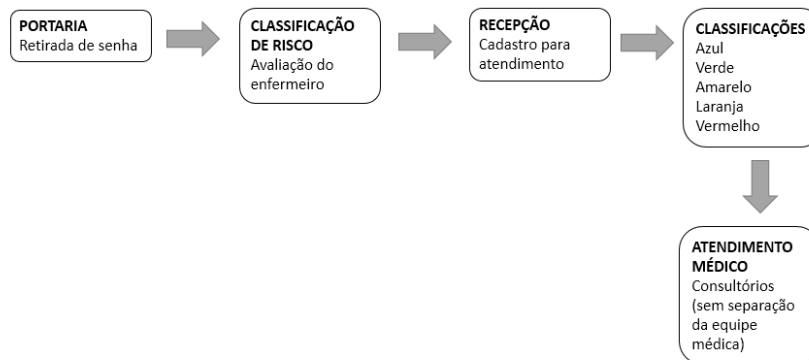
Com base nessas informações, definiram-se as ações para adoção da metodologia *Lean Thinking* no Pronto Atendimento do Hospital X. A primeira ação definida foi a implantação do fluxo puxado, denominado *Fast Track*, uma das ferramentas da metodologia *Lean Thinking* aplicada aos serviços de urgência. Trata-se de um método enxuto que permite a melhor gestão do tempo e dos recursos disponíveis (PERES et al., 2021).

Em gestão de serviços de saúde, o *Fast Track* (tradução do inglês como faixa ou via rápida) é uma forma de ordenar ou sequenciar o planejamento e controle de recursos, do tipo priorização para as operações de tempo mais curto primeiro, em que se processa pequenas atividades rapidamente (CHAVES et al., 2021). Assim, nos atendimentos de urgência, deve-se realizar a assistência de pacientes de triagem ou classificação de baixo risco mais rapidamente ou sem competir com as classificações de risco médio ou alto risco.

Utilizando as premissas desse modelo, foram separados os locais e os profissionais para atendimento dos pacientes de baixo risco (classificações branco, azul e verde) dos pacientes de médio e alto risco (classificações amarelo, laranja e vermelho). O uso de rotas diferenciadas para cada tipo de paciente, conforme sua classificação de risco, tanto no projeto do Pé Diabético como no Hospital Pró-Cardíaco foi evidenciado por Silberstein (2006) que também identificou que essa ação garante rapidez e precisão no diagnóstico e tratamento da doença.

A Figura 1 apresenta o fluxo de atendimento antes da implantação do *Fast Track*.

Figura 1 – Fluxo de atendimento antes da implantação do *Fast Track*

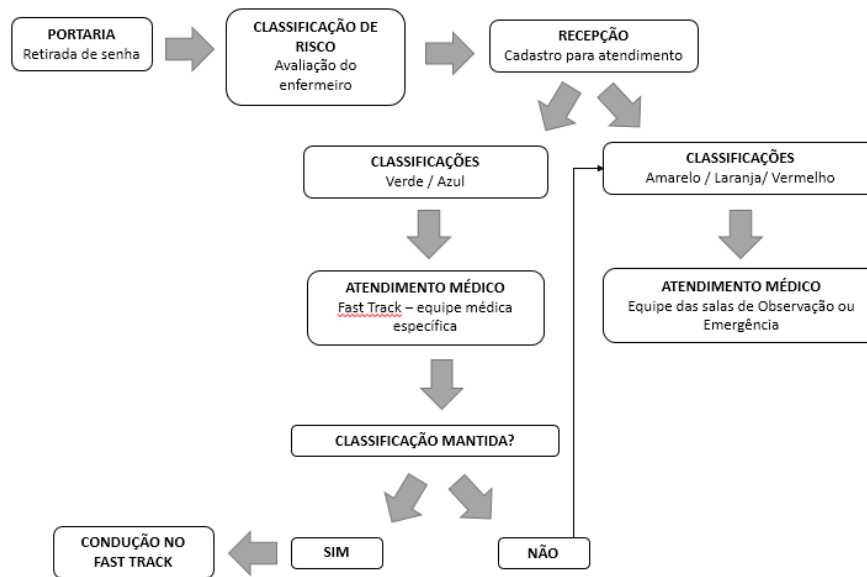


Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

Não havia divisão dos locais e das equipes de atendimento de acordo com a classificação de risco dos pacientes, a divisão era somente por especialidade médica. Os pacientes, com classificação de médio e alto risco, classificações amarelo, laranja e vermelho do Protocolo de *Manchester*, eram atendidos antes dos pacientes de classificação de baixo risco (branco, azul e verde).

Assim, os pacientes de baixo risco, que representavam o maior volume de atendimentos, demoravam um tempo maior para serem atendidos, pois não eram priorizados sempre que havia pacientes das classificações de médio e alto risco para atendimento, o que gerava insatisfação e reclamações por parte desses clientes. A Figura 2 apresenta o fluxo de atendimento após a implantação do *Fast Track*.

Figura 2 – Fluxo de atendimento após a implantação do *Fast Track*



Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

Com a implantação do *Fast Track*, utilizando a lógica do fluxo puxado pela demanda dos clientes, realizou-se a separação dos locais de atendimento e dos profissionais médicos que realizavam atendimento aos pacientes de baixo risco dos locais e profissionais que realizavam o atendimento aos pacientes de médio e alto risco. Essa ação teve como objetivo agilizar o atendimento dos pacientes de classificação branca, azul e verde, sem prejudicar o atendimento aos pacientes de classificação amarela, laranja e vermelha.

Os pacientes de baixo risco passaram a ser atendidos nos consultórios localizados no primeiro piso. Os pacientes com classificação amarela e laranja passaram a ser atendidos no piso inferior pela equipe médica da sala de observação. Os pacientes classificados como vermelho continuaram a ser atendidos na sala de emergência por profissionais exclusivos deste local.

Caso o médico identificasse na avaliação que o paciente possuía risco médio ou alto, o paciente deixava o fluxo *Fast Track* e passava a ser atendido pela equipe da observação ou emergência (fluxo médio ou alto risco).

Para possibilitar essa ação, realizou-se a adequação da estrutura física de forma a permitir o atendimento em fluxo contínuo, evitando deslocamentos dos pacientes e dos profissionais na unidade.

Como forma de adequar o quadro de profissionais no intervalo de horário de 9h às 22h, em que foi evidenciado superutilização no relatório de diagnóstico de desempenho operacional do Pronto Atendimento, aumentou-se o quadro de um profissional médico para a equipe da especialidade Clínica Médica, esse profissional foi direcionado para atendimento no *Fast Track*. Em relação à equipe de enfermagem de classificação de risco foi realizado reforço de profissionais no horário onde foi evidenciado superutilização (10h às 22h) adequando assim o fator de utilização nesse período.

Utilizando a ferramenta *Kanban* e o princípio do envolvimento do cliente, foi implantado um painel de comunicação visual apresentando o tempo de espera para atendimento. O painel foi implantado como forma de disponibilizar ao cliente a informação para sua tomada de decisão e alinhamento de expectativa. O tempo de espera é apresentado separadamente para cada especialidade médica, atualizado em tempo real e disponibilizado na portaria do Pronto Atendimento e no site do hospital.

O envolvimento do paciente e de seus familiares é fator chave para o sucesso do atendimento, por reduzir o nível de ansiedade dos pacientes e possibilitá-los a tomarem uma decisão a partir das informações compartilhadas (SILBERSTEIN, 2006).

As ações foram implantadas no mês de janeiro de 2020. Evidenciou-se a redução no tempo médio entre a chegada do paciente e o atendimento pelo médico que passou de 53 min para 30 min, considerando os três meses anteriores e posteriores à implantação. Fabbri (2011), Rees (2014), Improta *et al.* (2018) e Peres *et al.* (2021) também identificaram redução do tempo para atendimento dos pacientes em seus trabalhos sobre a utilização da metodologia *Lean Thinking* em unidades de atendimento a situações de urgência e emergência.

Visão das lideranças

Os participantes da pesquisa foram 04 gestores que exerciam função de liderança das equipes médica, de enfermagem e de atendimento do Pronto Atendimento no momento da implantação da metodologia *Lean Thinking*. A idade dos gestores pesquisados variou entre 35 e 47 anos; 03 são do sexo feminino e 01 do sexo masculino; 02 são médicos, 01 enfermeiro e 01 gestor de recursos humanos. O tempo de atuação na instituição variou entre 02 e 10 anos e a carga horária de trabalho semanal entre 18 e 44 horas.

A metodologia *Lean Thinking*, para as lideranças entrevistadas, está relacionada à melhoria no atendimento ao cliente, através da otimização dos recursos, fluxos e processos, trazendo maior agilidade para o atendimento aos pacientes:

A implantação da metodologia *Lean* através do *Fast Track* significou uma grande melhoria na satisfação dos nossos pacientes. O atendimento dos pacientes (classificados na triagem como) amarelo, laranja e vermelho acontece de uma forma mais demorada, leva mais tempo e o paciente verde concorria com esse atendimento. Então, o paciente verde demorava mais pra ser atendido, o que gerava uma maior insatisfação por parte deles. A diferença em relação ao tempo de atendimento que melhorou, fez com que a satisfação do cliente melhorasse também. (G3)

O estudo de caso, elaborado por Rees (2014), evidenciou que a implementação do *Lean Thinking*, na área de saúde, melhora o fluxo e reduz o desperdício nos processos. Para Improta *et al.* (2018), a metodologia consiste em uma estratégia de gestão aplicável a todas as organizações, porque envolve a melhoria dos processos, através da identificação e do mapeamento de atividades e da busca pela eliminação contínua de desperdícios para produzir mais valor para o cliente.

Participar do processo de implantação da metodologia, para as lideranças entrevistadas, foi um grande desafio que trouxe crescimento profissional e pessoal e a experiência proporcionou o aprendizado de uma nova tecnologia gerencial. Como forma de conhecer as práticas *Lean* e adaptar para a realidade institucional, foram realizadas visitas em hospitais que utilizavam a metodologia em serviços de Pronto Atendimento.

Através das entrevistas, identificou-se que as lideranças tiveram um importante envolvimento na implantação da metodologia no Pronto Atendimento do Hospital X. Elas foram responsáveis por organizar os processos, desenhar os fluxos, capacitar e mobilizar as equipes e garantir a realização do atendimento de acordo com as ferramentas implantadas. Houve também participação na adequação da infraestrutura, como mudança de local e criação de consultórios, disponibilização de mobiliários, adequação de rotinas de limpeza e abastecimento de suprimentos. O envolvimento dos gestores é fundamental para o sucesso da implantação da metodologia. Nobrega Pavão *et al.* (2018) relatam que, para a eficaz implementação do *Lean*, faz-se necessária uma mudança cultural, que somente pode ocorrer com o comprometimento da liderança.

O presente estudo mostrou que a alta direção do Hospital X participou ativamente do comitê de implantação da metodologia, ponto destacado pela gestora G1 que acredita que a

participação efetiva da alta direção contribuiu para a viabilização do projeto. Campos Júnior (2019) também identificou a importância do apoio da alta administração para a implantação e sustentabilidade do *Lean Thinking*, trazendo ganho de visibilidade e força política na organização, o que facilita o alcance dos objetivos propostos pela metodologia.

Por outro lado, os gestores entrevistados perceberam e relataram que, ao implantar a metodologia *Lean Thinking* no Pronto Atendimento, eles se depararam com uma resistência por parte da equipe devido às mudanças no processo de atendimento.

No início, para alguns médicos e alguns enfermeiros, alguns técnicos, houve uma resistência, o pessoal não conhecia e alguns acreditavam que ia aumentar o trabalho, outros que ia diminuir o trabalho, perder qualidade, mas isso foi se diluindo. (G4)

Para superar a resistência que pode surgir junto aos processos de mudança, algumas habilidades gerenciais são importantes e se apresentam como estratégias essenciais que facilitam a prática da metodologia nos serviços de saúde, como: diálogo aberto, capacidade de inspirar pessoas a abordar problemas antigos de novas maneiras, manutenção do entusiasmo dos trabalhadores e o desenvolvimento de ações para facilitar e valorizar a comunicação entre os profissionais (CAMPOS JÚNIOR, 2019).

Em relação à equipe médica, houve uma mudança relevante no processo de atendimento, o que levou a ajustes na forma de realizar as atividades e a uma resistência quando ainda não conheciam e compreendiam o modelo que estava sendo adotado pela instituição. Com os ajustes no processo de atendimento, o paciente que, inicialmente havia entrado no fluxo *Fast Track*, ou seja, de baixa complexidade (classificação de risco branca, azul ou verde), e mudava de identificação durante a consulta devido a identificação de uma maior complexidade do atendimento (classificação de risco amarelo, laranja ou vermelho), ou porque esse paciente necessitou de uma investigação maior para o diagnóstico, através da realização de exames como tomografia, ultrassonografia, ressonância magnética por exemplo, fazia com que o paciente precisasse mudar de local e profissionais do atendimento, passando assim para o fluxo de atendimento realizado no setor de Observação. O fato desse paciente mudar de ambiente e de profissional para o atendimento não agradou à equipe.

Ainda sob a ótica da implantação, os participantes entrevistados identificaram que, à medida que os profissionais foram percebendo os benefícios, eles se integraram mais ao processo e o relacionamento entre as equipes sofreu um impacto positivo.

Na implantação teve essa questão do pessoal não entender muito bem do que se tratava, a gente teve que ir explicando, mas isso é toda mudança. A pessoa tem que entender que vai gerar coisas novas. As vezes complica um pouquinho, as vezes o paciente também não entende que ele teria que mudar de setor, porque pediu o exame, mudar de médico, mas isso depois foi diluído e eles foram entendendo. (G4)

Quando as pessoas foram inseridas cada uma naquele pedaço do processo, elas precisavam interagir, precisavam uma de apoio da outra, seja (na área) administrativa, assistencial, médica. E mais, de uma certa forma, elas conseguiram atingir o objetivo final por cada um saber exatamente o papel que tinha que executar dentro do processo como um todo. Então, houve uma interação melhor entre as equipes, um envolvimento da maior parte deles para atingir esse objetivo do atendimento de qualidade, de resolutividade, mais assertiva e rápida, que favoreceu muito o cliente. (G1)

No estudo feito por Rees (2014), em que se comparou a implantação da metodologia em 03 diferentes locais, o autor evidenciou que, na instituição em que os líderes foram comprometidos com a mudança e facilitaram a disponibilização de recursos para alcançar a transformação organizacional, houve maior sucesso nos resultados alcançados.

Como estratégia da alta direção, definiu-se a implantação da metodologia *Lean Thinking*, através da ferramenta *Fast Track*, iniciando pelos atendimentos realizados pela especialidade de Clínica Médica. Por esse motivo, nem todas as equipes médicas foram envolvidas diretamente no processo. As equipes de enfermagem e atendimento participaram ativamente da implantação e demonstraram adesão aos novos fluxos estabelecidos.

A implantação da metodologia, na visão dos gestores entrevistados, trouxe como principais desafios a aceitação, o envolvimento e a interação dos colaboradores.

O principal desafio para mim é o envolvimento das pessoas, é uma quebra de paradigma, toda vez que a gente apresenta uma coisa nova, uma mudança de processo, as pessoas tendem a ter uma resistência grande, que faz com que gere um certo bloqueio das pessoas com o novo, com o que a gente está trazendo de diferente, só depois que elas vão percebendo como é bom, que melhora (os processos), é que elas vão comprando a ideia e quebrando essa resistência. (G3)

Acho que o maior desafio é você *linkar* todos os profissionais, entendendo que um é dependente do outro, um erro aqui a gente desencadeia o erro para frente, no processo como um todo. Criar uma “linha de produção” que não pode ter furo, porque se o enfermeiro errar na triagem, você (médico) errar aqui (consulta) você perdeu todo o motivo do *Fast Track*, aí o paciente volta, ele retorna e a ideia é não ter que retornar, ele ter o problema resolvido e ir embora. (G4)

Não existe solução rápida e fácil para melhoria de processos, afirmam Grove *et al.* (2010) que ainda consideram que a realização de projetos *Lean* em instituições de saúde requer dedicação por parte da equipe multidisciplinar em estabelecer uma visão compartilhada do projeto a longo prazo.

Outro desafio, identificado pelos participantes da pesquisa, refere-se à estrutura física do Pronto Atendimento que, por suas particularidades, foi um importante ponto de atenção e adequação. O Pronto Atendimento possui espaço reduzido e é dividido em dois andares, o que dificulta a realização dos atendimentos e, por vezes, faz com que os clientes fiquem insatisfeitos devido à sensação de lotação e também por ficarem confusos e até perdidos no local.

O último desafio mencionado pelos participantes foi uma importante dificuldade de aceitação por parte da equipe médica, devido ao novo fluxo de atendimento que impactou inclusive na remuneração de alguns profissionais. A resistência por parte dos profissionais envolvidos como uma dificuldade encontrada na implementação da metodologia *Lean Thinking*, no setor saúde, foi destacada por Burgues e Radnor (2013), os quais afirmam que o fato está vinculado à aplicação baseada em ferramentas empresariais para serem utilizadas no setor saúde.

Apesar dos desafios, foram listados, pelas lideranças entrevistadas, diversos benefícios da implantação da metodologia *Lean Thinking*, sendo a redução no tempo de espera o mais relevante. Aplicar a ferramenta *Fast Track* como a garantia de um menor tempo de espera, através da padronização do atendimento, também foi a alternativa para alcançar a melhoria do tempo de atravessamento do paciente dentro da unidade de Pronto Atendimento estudada por Peres *et al.* (2021). Esse tempo se refere o intervalo entre a chegada do paciente e sua saída da unidade. Não desperdiçar o tempo do cliente, segundo Silberstein (2006), é a primeira característica de um processo enxuto (com a utilização da metodologia *Lean Thinking*) é embutir, no desenho do processo, a necessidade de otimizar o tempo do cliente.

Outros pontos importantes, citados pelos gestores entrevistados, como benefícios da implantação da metodologia foram a melhor distribuição de pessoas aguardando atendimento na sala de espera da recepção do Pronto Atendimento, reduzindo a sensação de lotação; a maior especialização do corpo clínico em relação aos casos atendidos e a maior fluidez no

atendimento, sendo possível atender os diferentes perfis de pacientes (menor e maior gravidade) com agilidade e segurança.

A implantação da metodologia *Lean Thinking*, na visão das lideranças entrevistadas, trouxe impactos positivos na percepção do paciente quanto à qualidade do atendimento, melhorando a satisfação dos clientes que passaram em consulta no Pronto Atendimento.

Os participantes consideraram a melhoria na satisfação dos clientes como o principal efeito da implantação da metodologia. Vinculam esse resultado ao fato de o atendimento ter se tornado mais ágil, seguro e resolutivo. Os requisitos dos clientes, para Costa *et al.* (2018), são descritos como necessidades a serem satisfeitas para prestar um serviço ou receber um produto de qualidade; são definidas pela perspectiva do cliente que aponta os fatores fundamentais a serem ponderados nas características de qualidade.

A separação dos fluxos de atendimento dos pacientes de menor e maior complexidade, apesar de ser uma ação simples, sem grandes investimentos financeiros, possibilitou uma adequação no dimensionamento das equipes e uma maior proximidade entre equipe assistencial e paciente. Entregar ao paciente aquilo que, para ele, é considerado valor é o maior objetivo do método *Lean* em um hospital (CAMPOS JÚNIOR, 2019). Outro ponto importante destacado pelas lideranças entrevistadas foi o de que, com a implantação da metodologia, houve redução no tempo de espera para a realização do atendimento médico, o que melhorou a satisfação dos clientes.

O emprego dos conceitos da metodologia *Lean*, as ações desenvolvidas e as técnicas utilizadas no setor de saúde, segundo Barbosa *et al.* (2015), têm proporcionado resultados significativos na busca pela excelência e melhoramento contínuo dos processos. A demora na sala de espera, enfatizam Eiro e Torres Júnior (2015), é um fato que pode gerar estresse e insatisfação no cliente. Nesse sentido, para os gestores entrevistados, houve também uma mudança na percepção das pessoas que circulam no local, sejam colaboradores ou clientes, quanto a organização da sala de espera.

Os gestores entrevistados consideraram que a metodologia *Lean Thinking* está diretamente relacionada à qualidade no atendimento. As ferramentas proporcionaram fluxos mais bem estabelecidos, melhor dimensionamento da equipe e maior especialização do corpo clínico, o que traz segurança para o atendimento realizado.

Os resultados vivenciados pelos participantes da pesquisa vão ao encontro dos resultados explorados por Magalhães *et al.* (2016) que relatam que o uso da Metodologia *Lean*, em instituições de saúde, resulta em redução no tempo de espera do paciente para o atendimento e aumento da qualidade no serviço prestado, dentre outros benefícios. O uso da metodologia *Lean*, em serviços de saúde, e, especialmente, em ambientes hospitalares, permite o desenvolvimento de planos de melhorias que englobam a qualidade e segurança, além da eficiência e eficácia, devido à complexidade do setor (COSTA *et al.*, 2018).

A partir dos resultados alcançados, os gestores do Pronto Atendimento do Hospital X consideraram que a metodologia possui aderência com os processos de atendimento em serviços de urgência e emergência e recomendam que outras instituições avaliem a implantação das ferramentas como forma de melhorar a qualidade do atendimento.

A pandemia causada pelo coronavírus trouxe diversas mudanças para os processos de assistência ao paciente no Pronto Atendimento do Hospital X. Com a necessidade de separação física e criação de fluxo exclusivo para o atendimento a pacientes com sintomas respiratórios e devido ao espaço restrito do local, houve a necessidade de transformar a área do *Fast Track* em local de atendimento a pacientes com suspeita de COVID, interrompendo e impedindo a continuidade do projeto.

A fala dos gestores evidencia que a oportunidade de atuar utilizando as ferramentas da metodologia *Lean Thinking* foi importante para os resultados do setor e todos eles afirmaram que gostariam de retomar os fluxos de atendimento que haviam sido estruturados. Os gestores

acreditam que, para o projeto de ampliação do Pronto Atendimento, a Metodologia *Lean Thinking* deve ser utilizada para o mapeamento e definição dos fluxos de atendimento, o que demonstra confiança e satisfação com a metodologia.

Análise dos resultados das pesquisas de satisfação

Para atender ao objetivo de analisar as possíveis mudanças na satisfação dos clientes antes e após implantação da metodologia *Lean Thinking*, foi realizada uma análise dos relatórios de satisfação dos clientes, que são os relatórios do indicador *Net Promoter Score* (NPS) e a base de dados das pesquisas de satisfação com os comentários dos respondentes.

Os processos de atendimento são considerados por Eiro e Torres Junior (2015) como críticos, pois podem interferir diretamente na qualidade dos resultados, na insatisfação do cliente pelo serviço recebido e, principalmente, na segurança do atendimento, e devem ser considerados internamente pela gestão como processos de impacto sobre a percepção do cliente. Dessa forma, escutar o cliente e avaliar suas impressões quanto ao atendimento recebido é uma forma de buscar atender ao princípio de oferecer exatamente aquilo que o cliente quer. Silberstein (2006) relata que as instituições, ao aplicar a metodologia *Lean Thinking*, demonstram a preocupação com a qualidade e com um atendimento voltado para a pessoa e para a construção de um bom relacionamento com o paciente.

Através de ações de melhoria geradas pela implantação das ferramentas *Lean*, Improta *et al.* (2018) demonstraram como a definição do papel dos médicos e de um número mínimo de consultas por turno, instalação de placas de informação, fizeram com que se reduzisse, consideravelmente, o tempo que o paciente aguardava para atendimento. O tempo não desperdiçado é dedicado ao paciente e fornece o mesmo serviço, mas em um nível superior de qualidade e segurança. Além disso, entregando o mesmo serviço, em um tempo menor, garante-se menos tempo de espera não só para o paciente envolvido, mas também para aqueles outros que estão esperando, o que pode aumentar a satisfação dos clientes.

O resultado do indicador NPS evidencia que houve melhoria nos índices referentes ao setor de Pronto Atendimento após a implantação da metodologia *Lean Thinking*. A média nos 3 meses anteriores era de 41, e nos 3 meses após a implantação passou para 57, crescimento de 39%. Com esse resultado, o setor deixou a Zona de Aperfeiçoamento e passou a ocupar a Zona de Qualidade, demonstrando um ganho significativo na percepção dos clientes quanto aos serviços prestados. Foi possível notar que houve uma redução significativa no volume de reclamações apresentadas pelos clientes. Passando de uma média de 200 reclamações por mês nos 3 meses anteriores à implantação da metodologia para 58 nos 3 meses após o início dos processos, redução de 71%.

Em seu estudo, Barbosa *et al.* (2015) também identificaram que a utilização da metodologia *Lean Thinking* apresentou efeitos na satisfação dos pacientes do Instituto de Oncologia do Vale, cerca de 90% dos clientes consideram os serviços do IOV muito bons ou ótimos.

Evidenciou, no trabalho de Nóbrega Pavão *et al.* (2018), que a metodologia *Lean Thinking*, através da redução do retrabalho, houve consequente redução do desperdício de aumento do tempo dedicado ao paciente e melhora na experiência do paciente em relação à assistência recebida.

Os motivos listados nas reclamações foram obtidos através do comentário escrito pelos clientes nas pesquisas, justificando a nota escolhida por ele. A cada mês podem surgir novos motivos, de acordo com o conteúdo das respostas dos clientes. O comentário destes é categorizado pela equipe do Núcleo de Experiência do Paciente para alimentar os indicadores setoriais. O motivo principal das queixas dos clientes que responderam à pesquisa de NPS foi referente à demora para início do atendimento, seguido por postura inadequada dos profissionais que realizaram o atendimento.

Evidenciou-se que Houve redução significativa no volume de manifestações relacionadas à queixa ‘demora para início do atendimento’, mostrando que as ações de implantação da metodologia foram efetivas e trouxeram ganho de agilidade para o atendimento.

A melhoria nos índices de satisfação dos clientes quanto ao atendimento recebido no serviço e urgência do Hospital X não foi definido como objetivo para a implantação da metodologia, porém foi um importante efeito identificado que pode ser utilizado pela alta direção para tomada de decisão quanto a uma nova implantação dos processos no projeto de expansão do setor de Pronto Atendimento.

CONCLUSÕES

Este trabalho teve como objetivo analisar as implicações da metodologia *Lean Thinking* sobre a qualidade dos serviços prestados no Pronto Atendimento de um hospital geral e sobre a satisfação dos clientes. Para alcançar o objetivo proposto, realizou-se um estudo de caso único, através da abordagem qualitativa com caráter descritivo.

A partir da análise dos dados coletados por meio dos documentos e entrevistas semiestruturadas com as lideranças do Pronto Atendimento, foi possível constatar que a metodologia *Lean Thinking* trouxe importantes efeitos para a qualidade do serviço prestado e, conseqüentemente, para a satisfação dos clientes.

O processo de implantação da metodologia *Lean Thinking* na unidade de análise iniciou-se em agosto de 2019, através da formação de um comitê para estudar estratégias para aumentar a eficiência operacional do setor. Para tanto, após realização de um diagnóstico de desempenho operacional, definiu-se a utilização da ferramenta *Fast Track* que resultou na criação de rotas diferentes para atendimento aos pacientes de baixo risco e aos pacientes de médio e alto risco, classificados pelo Protocolo de *Manchester*, de forma a separar os dois perfis de pacientes.

Além disso, foi realizada a adequação do quadro de colaboradores das equipes assistenciais para reduzir o tempo de espera para atendimento nos horários de maior demanda. Houve também a implantação de um painel com a informação do tempo de espera para atendimento médico utilizando a ferramenta *Kanban*.

A principal melhoria na qualidade dos serviços prestados, na visão das lideranças, foi a redução do tempo de espera para a realização do atendimento médico em 44%, passando de 53 para 30 minutos. Percebeu-se também evolução no giro de pacientes no setor, o que proporcionou melhor organização e distribuição dos espaços das salas de espera, reduzindo a impressão de lotação.

Constatou-se também que, ao separar os fluxos de pacientes de menor e maior complexidade, a metodologia proporcionou maior fluidez no atendimento, especialização do corpo clínico quanto aos tipos de casos e permitiu o atendimento aos diferentes perfis de pacientes com agilidade e segurança.

Quanto à satisfação dos clientes, identificou-se tanto na percepção das lideranças entrevistadas, quanto na análise dos relatórios do Núcleo de Experiência do Paciente, que houve melhoria nos resultados dos indicadores após implantação da metodologia *Lean Thinking*. Foi possível evidenciar um crescimento de 39% no índice NPS, o que fez com que o setor passasse a ocupar a Zona de Qualidade. Houve também uma redução de 71% no volume de reclamações, evidenciando assim a melhoria na experiência do cliente atendido.

Portanto, é possível afirmar que a experiência de implantação da metodologia *Lean Thinking*, no Pronto Atendimento de um hospital geral, trouxe ganhos de qualidade e segurança para a realização da assistência e implicou também a melhoria da satisfação dos clientes.

Uma possível limitação identificada neste estudo está relacionada à investigação naturalista que, segundo Alves-Mazzotti e Gewandsznajder (1999), se caracteriza pela mínima intervenção do pesquisador no contexto. Como estratégia para contornar os possíveis vieses,

foram utilizados a auditoria e o diário de campo, uma vez que a pesquisadora atuou como membro do comitê de implantação da metodologia. A auditoria do processo de construção deste estudo, desde o preparo para coleta de dados até a conclusão da análise, foi realizada pela orientadora da pesquisa.

Outra limitação observada foi a ocorrência da pandemia causada pela COVID-19. Com a necessidade de separar os fluxos de atendimento dos pacientes com sintomas respiratórios dos demais pacientes, o atendimento através do *Fast Track* foi interrompido, o que impediu a continuidade do projeto.

Além disso, o planejamento para a etapa de coleta de dados deste trabalho era realizar entrevistas com maior número de participantes que seriam os profissionais de saúde ou de apoio que atuavam em contato direto com o paciente, em algum momento do atendimento no serviço de urgência e emergência, executando funções assistenciais (médicos e equipe de enfermagem: técnicos de enfermagem e enfermeiros) e de atendimento ao cliente. Porém, este grupo de profissionais foi afetado significativamente pelo aumento da carga de trabalho e do absenteísmo, por isso, não foi possível entrevistar esse grupo, optando-se por concentrar as entrevistas nas lideranças desses grupos de profissionais.

Para os próximos estudos a serem realizados, sugere-se a avaliação de um período de tempo maior após implantação da metodologia e a busca de outros dados referentes a satisfação do cliente, por exemplo resultado do indicador *Customer Satisfaction Score* (CSAT), de forma a se utilizar a abordagem quantitativa também para avaliar a relação entre a metodologia e a satisfação do cliente de serviços de saúde.

Conhecer mais sobre a metodologia *Lean Thinking* e investigar suas implicações e efeitos possibilitou para a pesquisadora nova visão sobre os processos de atendimento em serviços de saúde e trouxe uma provocação para a avaliação de outros processos que podem ser remodelados, segundo a metodologia, de forma a buscar estratégias para eliminar possíveis desperdícios e contribuir para a adoção de melhores práticas na gestão dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais**: pesquisa quantitativa e qualitativa, São Paulo: Thomson, 1999.

ANTUNES, A. V., TREVIZAN, M. A. Gerenciamento da qualidade: utilização no serviço de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto: v. 8, n. 1, p. 35-44, 2000.

BARBOSA, R. M.; BARBOSA, E. M.; SANTOS, S. A. S. A Metodologia Enxuta Aplicada à Realidade dos Serviços de Saúde. **XI Congresso Nacional de Excelência Em Gestão**. Anais eletrônicos. Rio de Janeiro, CNEG, 2015.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BERTANI, T. M. **Lean Healthcare: recomendações para implantações dos conceitos de Produção Enxuta em ambientes hospitalares**. 2012. 100f. Dissertação [Mestrado – Programa de Pós Graduação em Engenharia de Produção e Área de Concentração em Gestão da Mudança e Melhoria Operacional] – Escola de Engenharia de São Carlos, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

BURGES, N.; RADNOR, Z. Evaluating lean in healthcare. Internet. **Journal of Health Care Quality Assurance**, United Kingdom, v. 26, n. 3, p. 220-235, 2013.

BUZZI, D.; PLYTIUK, C. F. Pensamento enxuto e sistemas de saúde: um estudo da aplicabilidade de conceitos e ferramentas Lean em contexto hospitalar. **Revista Qualidade Emergente**, Curitiba, v.2, n.2, p. 18-38, 2011.

CAMPOS JUNIOR, J.O. **Metodologia Lean Healthcare: vivências de gestores no contexto hospitalar**. 2019. 140f. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2019.

CHAVES, S. M. A.; SANTOS, G. N.; OLIVEIRA, G. B.; TORRES, L. F.; TEIXEIRA, A. M.; BRAGA NETO, O. O.; CALADO, R. D. *Fast track* nas UPAs 24h. **Revista Lean Nas UPAs**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 1-12, 2021.

COSTA, D.G.; PASIN, S.S.; MAGALHÃES, A.M.M.; MOURA, G.M.S.S.; ROSSO, C.B.; SAURIN, T.A. Análise do preparo e administração de medicamentos no contexto hospitalar com base no pensamento Lean. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1-9, 2018.

EIRO, N. Y.; TORRES-JUNIOR, A. S. Estudo comparativo das formas de apropriação dos modelos da Qualidade Total e Lean Production nos serviços de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n.5, p. 846-54, 2015.

FABBRI, B. P. F. **Lean Healthcare: Um levantamento de Oportunidades de Ganho em um Hospital Brasileiro**. 100f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Engenharia de Produção Mecânica) - Escola de Engenharia de São Carlos, Universidade de São Paulo, São Carlos, 2011.

GROVE, A. L. *et al.* UK health visiting: challenges faced during lean implementation. **Leadership in Health Services**, United Kingdom, v. 23, n. 3, p. 204-218, 2010.

HADFIELD, D. *et al.* **O Lean na área da Saúde**. Rio de Janeiro: DOC Editora, 2016.

IMPROTA, G.; ROMANO, R.; DI CICCIO, M. V.; FERRARO, A.; BORRELLI, A.; VERDOLIVA, C.; TRIASSI, M.; CESARELLI, M. Lean thinking to improve emergency department throughput at AORN Cardarelli hospital. **BMC Health Services Research**, Londres, v.18, n. 914, p. 526-540, 2018.

LEE, F. **Se Disney administrasse seu hospital: 9 ½ coisas que você mudaria**. Porto Alegre: Bookman-Artmed, 2009.

MAGALHÃES *et al.*, Lean thinking in health and nursing: an integrative literature review. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, n. e2734, p. 1-13, 2016.

MANZO, B. F.; BRITO, M. J. M.; ALVES, M. Influência da comunicação no processo de acreditação hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.66, n.1, p.46-51, 2013.

NOBREGA PAVAO, D.; BUTTIGNOL, M.; PEREIRA, A.J.; TANJONI, R.; ALMEIDA, E.H.; LEISNOCK, P.; SATO, G.; SILVA, E. Eficiência no processo operacional: redução dos lançamentos incorretos e garantia de compliance na prestação de contas. **Einstein**, São Paulo, v.16, n.4, p. 1-8, 2018.

PERALTA, C. B. L.; ROSA, B. H. Princípios e ferramentas do Lean Healthcare: aplicação em um hospital de Santa Catarina. **Journal of Lean Systems**, Santa Catarina, v. 5, n. 4, p. 45-67, 2020.

PERES, A.; PINTO, J. M.; MARINHO, M.; SOUZA, M.; FELISARDO, R.; MASCARENHAS, R.; RATES, S.; CARVALHO, T. M. L. Relato da experiência: implementação da metodologia *Lean Healthcare* no atendimento aos pacientes nas Unidades de Pronto Atendimento da Secretaria Municipal de saúde de Belo Horizonte: Projeto Menos Espera, Mais Saúde! **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v.4, n.3, p. 12045-12052, 2021.

REES, G. H. Organisational readiness and Lean Thinking implementation: findings from three emergency department case studies in New Zealand. **Health Services Management Research**. Nova Zelândia, v. 27, p. 1-9, 2014.

REICHHELD, F. **A pergunta definitiva 2.0**. Rio de Janeiro: Alta Books Editora, 2018.

RIBEIRO, A. C. G. C. **Implementação da filosofia *Lean* na gestão dos serviços de saúde: o caso dos centros de saúde da região norte**. 94 f. Dissertação (Mestrado em Gestão de Serviços) - FEP Economia e Gestão - Universidade do Porto - Portugal, Porto, 2013.

SELEGHIM, M. R.; TEIXEIRA J. A.; MATSUDA, L. M.; INOUE, K. C. Avaliação de usuários sobre a qualidade dos serviços de um pronto socorro. **Revista Rene**. Fortaleza, v.11, n.3, p.122-131, 2010.

SILBERSTEIN, A. C. L. **Um estudo de caso sobre a aplicação de princípios enxutos em serviços de saúde no Brasil**. 161f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Instituto COPPEAD de Administração - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

SILVA, T.O.; VIEIRA, L.M.; LEMOS, T.S.; SANT'ANNA, F.P.; SANCHES, R.S.; MARTINEZ, M.R. Gestão hospitalar e gerenciamento em enfermagem à luz da filosofia *Lean Healthcare*. **Cogitare Enfermagem**. Paraná, v.24, e60003, p. 1-6, 2019.

TOUSSAINT J.; GERARD R. A. **Uma transformação na saúde: como reduzir custos e oferecer um atendimento inovador**. Porto Alegre: Bookman; 2012.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

WOMACK, J. P.; JONES, D. T.; ROOS, D. **A Máquina que Mudou o Mundo**. Rio de Janeiro: Ed. Campus, 2004.

ORGANIZAÇÃO DO ALMOXARIFADO NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA DE UM MUNICÍPIO DA REGIÃO METROPOLITANA DE BELO HORIZONTE

Ana Carolina Michelletti Gomide Nogueira de Sá. Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Minas Gerais. Universidade Federal de Minas Gerais - Hospital Municipal de Contagem

Isabella Diniz Faria. Mestre em Saúde Pública-Medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais. Universidade Federal de Minas Gerais - Hospital Municipal de Contagem

Kátia Alexandra Messias. Especialista em Urgência e Trauma pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde - Hospital Municipal de Contagem

RESUMO

Objetivo: organizar os fluxos de trabalho e processos do almoxarifado no SAMU de um município da Região Metropolitana de Belo Horizonte. Fundamentação teórica: o Serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) tem por finalidade prestar serviços de emergência com o menor tempo de resposta resolutividade e eficiência. Entretanto o serviço, demanda organização no processo de receber, armazenar, conservar, controlar e dispensar o estoque de materiais. Método: Pesquisa aplicada com delineamento de estudo de caso. Para coleta de dados foram utilizados entrevistas, observação participativa, registro fotográfico e escrito. Resultados e Discussão: foi organizado o fluxo e a sala de dispensação, confeccionado um protocolo operacional padrão, planilhas informatizadas para controle de estoque. Também se identificou a necessidade de melhorias na estrutura física. Conclusão: o estabelecimento de um fluxo organizado é imprescindível para a gestão de estoque eficiente, otimização do trabalho, redução da falta de materiais para garantir segurança e qualidade no atendimento

PALAVRAS-CHAVES: SAMU; almoxarifado; administração de materiais.

INTRODUÇÃO

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) teve início no Brasil entre os anos de 1998 e 2008, por meio de portarias federais que estabelecem normas para a o sistema estadual de atendimento de urgência e emergência, que será abordado neste projeto. Entre 2003 e 2008 com a formulação da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), o SAMU foi o primeiro componente a ser implantado e considerado porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS) (MACHADO; SALVADOR DWYER, 2011; MOLINETT, 2019).

A Portaria 288, de 12 de março de 2018 define que o SAMU é composto por uma Central de Regulação (CR), que coordena as bases descentralizadas, classificam e priorizam as necessidades de urgência, além de ordenar o fluxo das referências e contra referências (MICHILIN *et al.*, 2016).

O intuito do SAMU é chegar à vítima de forma ágil e eficiente com profissionais capacitados e recursos tecnológicos adequados, respeitando os princípios éticos e humanos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020). O tempo de resposta é um indicador de qualidade, pois, a essência do serviço prestado consiste em alta resolutividade sendo o objetivo atender rapidamente aos agravos de saúde urgentes ou emergentes por meio do envio de ambulâncias com equipes qualificadas (MICHILIN *et al.*, 2016).

De acordo com a legislação vigente, faz-se necessário, além de equipes qualificadas, que a estrutura física tenha um local adequado, denominado almoxarifado (BRASIL, 2002; BRASIL, 2003), que exerce a função de abastecer adequadamente os insumos para o atendimento do SAMU com agilidade e segurança (CÉSAR *et al.*, 2018; SILVA, 2017). O setor de almoxarifado ainda responsável pelas atividades de programação, compra, recepção, armazenamento, distribuição e controle. A gestão de recursos materiais e equipamentos em serviços de saúde também tem papel relevante na eficiência logística de abastecimento e na

racionalização dos custos com as compras (ANDREOLI; DIAS, 2015; CÉSAR; CÉSAR; SILVA, 2018; GÁRCIA-CÁCERES; ESCOBAR, 2016; LIMA *et al.*, 2016; REIS *et al.*, 2015).

Este estudo foi realizado no SAMU da Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH), que compõe o Atendimento Pré-Hospitalar (APH) na rede de urgência e surgiu da necessidade de organização dos fluxos para o almoxarifado do no local em que foi desenvolvido. A necessidade de organização foi observada pela autora da pesquisa durante o período que trabalhou no local durante a realização da Residência Multiprofissional. Foram identificadas dificuldades de controlar os gastos diários das ambulâncias, diferenças entre material solicitado e recebido, gerando pedidos extras e compras avulsas para complementações. Desta forma, o estudo partiu da seguinte questão norteadora: Como um almoxarifado organizado poderá contribuir para a otimização dos processos de trabalho no SAMU do município da RMBH?

O estudo proposto é relevante devido à inexistência de um setor de almoxarifado estruturado e organizado no SAMU da RMBH. De acordo com Lima *et al.*, (2016) a assistência ao cliente depende de ações que não podem conter interrupções, o que está relacionado ao adequado funcionamento do almoxarifado, reforçando a justificativa para a realização deste projeto. Além disso, esse estudo contribui ao avançar na apresentação um fluxograma de organização de processos que pode ser replicado em situações análogas.

Além disso, foram identificados poucos estudos sobre organização de almoxarifado no SAMU. Mostrando a importância do desenvolvimento de estudos que abordem a temática dos benefícios da implantação de um processo bem estruturado e organizado, e que identifiquem tecnologias para modernizar e atualizar os serviços.

Desta forma, este estudo teve como objetivos: organizar os fluxos de trabalho e processos do almoxarifado do SAMU de um município da RMBH; fazer um diagnóstico situacional do setor; identificar processos e fluxos de trabalho do setor; construir os fluxos dos processos; organização de recursos materiais do setor; organizar o processo de recebimento, armazenamento, estocagem e dispensação dos materiais.

REFERENCIAL TEÓRICO

1- O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)

A literatura aponta que a construção das políticas federais para atenção às urgências teve três momentos principais: de 1998 a 2002, primeiras normas e iniciativas de regulamentação. De 2003 a 2008 houve formulação e implantação da Política Nacional de Atenção às Urgências (Pnau), e destacando a implantação do Samu. O último momento foi ao final de 2008 quando as Unidades de Pronto Atendimento (Upa) ganharam destaque compondo o atendimento pré-hospitalar fixo (MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2011; O'DWYER *et al.*, 2017).

Angra e colaboradores (2018) afirmam que o Samu foi criado para contribuir com a melhoria dos serviços de emergência, reduzir o número de mortes e sequelas por falta de atendimento médico precoce. Os autores afirmaram ainda que sua relevância está no fato de aumentar a sobrevivência das vítimas. O objetivo deste serviço é atender rapidamente aos agravos de saúde urgentes ou emergentes por meio do envio de ambulâncias com equipes qualificadas (MICHILIN *et al.*, 2016). Em documento oficial do Ministério da Saúde do Brasil, afirma-se que o intuito do SAMU é chegar à vítima de forma ágil e eficiente com profissionais capacitados e recursos tecnológicos adequados, respeitando os princípios éticos e humanos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Segundo Brasil (2018), as ocorrências podem se caracterizar como urgência, emergências e sociais que são os atendimentos de natureza traumática, eventos clínicos, psiquiátricos, obstétricos, remoções inter-hospitalares, informações e orientações sobre saúde.

A Portaria 288, de 12 de março de 2018 define que o SAMU é composto por uma Central de Regulação (CR), que coordena as bases descentralizadas, classificam e priorizam as ocorrências geradas pelas ligações telefônicas, além de ordenar o fluxo das referências e contra-referências (BRASIL, 2018).

Mota e Andrade (2015) caracterizaram os atendimentos relatando que os de maior volume são os de característica clínicas de cunho neurológico, cardiovasculares, respiratórios e psiquiátricos, no entanto o agravo de relevância para o atendimento pré-hospitalar (APH) que são responsáveis por um número expressivo de óbitos, são os traumas, por isso o tempo de resposta é fundamental. Para O'Dwyer *et al.*, (2017), o tempo de resposta é um indicador de qualidade, pois, a essência do serviço do Samu consiste em ser um serviço de alta resolutividade, no sentido de dar o menor tempo de resposta aos atendimentos de emergência.

Segundo o regimento interno do SAMU RMBH, a CR é o local onde fica a regulação médica do Samu e do Transporte Sanitário e também onde são triadas as chamadas telefônicas de pedido de socorro. Nela, estão os setores de apoio que dão suporte ao serviço, como por exemplo, arquivo, logística, mecânica, recursos humanos, almoxarifado e farmácia, etc., local onde se desenvolve este estudo.

Um estudo bibliométrico realizado em 2018 sobre o tema SAMU, aponta que a literatura sobre o tema é escassa, especialmente ausente antes do ano de 2002, e que foi aumentando entre 2002 e 2005, uma vez que sua implantação se deu em 2003 no sistema de saúde brasileiro (AGRA *et al.*, 2018). Dentre os 13 estudos analisados por Angra e colaboradores (2018), produzidos entre 2006 e 2014, nenhum tratou especificamente da gestão de estoque do SAMU.

2 - Conceitos e parâmetros relacionados ao fluxo de processos de estoques e almoxarifados.

Segundo a RDC 50 que dispõe sobre o regulamento técnico para o planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde: “o almoxarifado é uma unidade destinada ao recebimento, guarda, controle e distribuição do material necessário ao funcionamento do estabelecimento de saúde” (BRASIL 2002, p. 196). Autores reforçam que os almoxarifados de medicamentos e de produtos de saúde são estruturados para desempenhar essas atividades de recebimento; estocagem e guarda; conservação e controle de estoque (LUIZ; DAMASCENO; LÉLIS, 2019).

Além da parte física do almoxarifado, o processo envolve uma logística que também precisa ser eficiente. Alguns autores concordam que por logística, entende-se a parte do processo da cadeia de suprimentos que planeja, implementa e controla o fluxo e o fluxo reverso de estocagem de materiais e serviços relacionados desde o ponto de origem até o consumo final, de forma eficiente, para atender às necessidades dos clientes (ANDREOLI; DIAS, 2015; CAÇÃO *et al.*, 2019).

Para Andreoli e Dias (2015), a administração de recursos materiais é necessária uma sequência de operações que vai desde a identificação do fornecedor, compra, recebimento, transporte interno, até o acondicionamento. As etapas descritas na literatura tem uma variação de acordo com a autoria e o tema. Uma compilação dessas etapas é apresentada a seguir:

Recebimento

Esta etapa integra as áreas de contabilidade, compras, transportes e vai desde a entrega do fornecedor até a entrada nos estoques englobando duas fases: a entrada de materiais e a conferência quantitativa. A conferência analisa documentos, notas com descrição do material, quantidade, unidade de medida e valor e se a quantidade no documento corresponde à quantidade recebida, respectivamente (SILVA; PEREIRA; COSTA, 2016; SILVA, 2017).

A RDC 304 (BRASIL, 2019) orienta que em cada operação de recebimento devem ser verificadas e registradas as condições de transporte e armazenagem que incluem condição de

temperatura, umidade e exposição à luz; os números de lote, data de validade, quantidade recebida de acordo com as notas fiscais; e a integridade da carga.

Armazenamento

Quanto ao armazenamento, os medicamentos e materiais devem ficar na Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) e devem obedecer à ordem alfabética, seguindo as seguintes classificações e recomendações:

[...] antibióticos injetáveis, injetáveis, comprimidos, xaropes, soluções e suspensões, cremes, pomadas e géis e termolábeis. Para o acondicionamento dos medicamentos termolábeis, a CAF possui duas geladeiras com temperatura de 2 a 8°C. A sala de armazenamento possui sistema de ar condicionado com temperatura (20 a 30°C) e umidade (< 65% de umidade relativa) controladas. Os funcionários realizam o controle e registram a temperatura duas vezes ao dia de segunda a sexta-feira, tanto das geladeiras quanto da sala de armazenamento (ANDREOLI; DIAS, 2015, p. 9).

Molinet (2019) que realizou um estudo de inspeção farmacêutica em bases descentralizadas do Samu, e cita que para o armazenamento de medicações baseados em critérios de qualidade devem estar com identificação de rótulos, lote, placas de identificação nas prateleiras, medicamentos dentro do prazo de validade, separados pela Denominação Comum Brasileira (DCB).

Silva, Pereira e Costa (2016) reiteram a necessidade de identificação, descrição e codificação dos materiais. Para descrição é necessário que seja detalhada a marca do produto, largura, comprimento, espessura, usar a menor unidade de medida e a qual o cliente irá solicitar. Para o codificação de cada material é sugerido tipo alfanumérico, no qual a letra inicial do item é acrescida de três números gerados em sequência numérica crescente, por exemplo: álcool 70% marca SOL, o código será A-001 e o próximo item com letra A terá o código A-002 e assim por diante. Ainda, conforme os autores deve-se observar a NR35 (proteção para trabalho em altura) quando os materiais estiverem estocados a uma altura que exceda a 2 metros.

A RDC 304 diz que para facilitar a limpeza e a circulação de pessoas, os medicamentos devem ser estocados à distância mínima de um metro das paredes. Silva (2017) orienta que as estantes modulares de aço são mais indicadas por serem de fácil manuseio e devem ter uma profundidade de 60 cm para armazenar os materiais médico-hospitalares desembalados e mantidos em pequenos gaveteiros ou caixas bin.

Algumas regras devem ser mantidas para o armazenamento seguro dos materiais, conforme detalha (SILVA, 2017): os materiais mais pesados devem ser mantidos no chão e em cima de pallet, não sendo permitidos colocar caixas diretamente no chão por risco da umidade danificar o bem; os materiais do mesmo tipo deverão ser colocados na mesma prateleira, facilitando a localização e o inventário futuramente; os corredores não podem ser obstruídos com materiais, pois, devem ficar livres para a circulação; ao empilhar materiais deverá ser considerado o risco para os trabalhadores e a preservação suas características, considerando o peso de um sobre o outro; deve-se armazenar isoladamente os materiais inflamáveis conforme preconiza a Associação Brasileira de normas Técnicas (ABNT) e os extintores de incêndio devem ficar visíveis sem que outros materiais obstrua a visualização (SILVA, 2017).

Distribuição / Dispensação

Segundo Silva, Pereira e Costa (2016) esta fase deve ser feita em uma área específica para expedição de materiais, distante da área de recebimento e separada das outras áreas através de divisórias, parede ou painéis etc.

Lima (2016) relata ainda que a distribuição e o controle de estoque são pontos essenciais de todo o sistema e necessitam ainda de um subsistema mais moderno. Os documentos de registros segundo Silva, Pereira e Costa (2016) devem conter informações de conhecimento das

partes envolvidas sobre todo material dispensado e o controle deve existir independente da etapa do processo.

A RDC 304 mostra que os registros relacionados a expedição devem incluir a data de expedição ou recebimento; razão social, CNPJ do transportador; nome completo e documento de identificação do motorista; razão social, endereço e CNPJ do destinatário; descrição dos medicamentos, incluindo nome e apresentação; quantidade, números de lote e data de validade (BRASIL, 2019).

Aquisição / Compras

Reis e colaboradores (2015, p. 14) destacam que “as compras públicas exigem um formalismo maior dado à previsão legal que o administrador público deve seguir, sendo regidas pela Lei 8.666 de 21 de junho de 1993, alterada pelas Leis 8.883/94, 9.032/95 e 9.648/98”.

O processo de compras de medicamentos para a administração pública (caso do SAMU), ocorre por meio de pregões, uma vez que a licitação visa à proposta mais vantajosa para a instituição, e é regido pela Lei 10.520/02 (CAÇÃO *et al.*, 2019; REIS *et al.*, 2015).

A conclusão dos processos licitatórios no caso das organizações públicas, demanda certo tempo, o que torna mais relevante a atenção ao tempo de reposição, ou seja, quanto tempo é necessário para repor a matéria-prima e insumos e qual a necessidade de rapidez dessa reposição (ANDREOLI; DIAS, 2015).

Lima e colaboradores (2016) lembra ainda que o tempo de reposição dependerá do sistema de compra do serviço de saúde, podendo chegar de quatro a seis meses e com a modalidade compra por pregão este tempo pode diminuir para cerca de um mês.

2.1 - Organização e controle de estoque

Paralelamente às etapas deve-se manter um controle de estoque, que faz parte de um conjunto de atribuições dos setores envolvidos. É indicada a geração de inventários periodicamente (semanalmente, mensalmente ou anualmente) para a conferência dos materiais existentes. Para o fornecimento de dados constantes sobre as quantidades estocadas, as devoluções e as compras recebidas e aceitas, sugere-se o uso de sistemas de informação (*softwares*) para melhor efetividade do controle de estoque (CAÇÃO *et al.*, 2019; SAYDELLES; SOARES; SANTOS, 2019; SILVA, 2017).

Alguns autores relatam a importância de descentralizar o estoque, tendo como consequência o aumento da quantidade de materiais e medicamentos, otimizando o tempo de entrega, distribuição e o uso racional dos itens (ANDREOLI; DIAS, 2015; CÉSAR; CÉSAR; SILVA, 2018).

Algumas formas para controle de estoque são sugeridas na literatura, como por exemplo, a Curva ABC (LIMA *et al.*, 2016; SAYDELLES; SOARES; SANTOS, 2019), tabelas e planilhas de estoque mínimo e máximo e planilha para controlar estoque por 1 ano.

Saydelles, Soares e Santos (2019) sugere que o controle de estoque seja feito por meio de relatórios de entradas e saídas. No caso, a farmácia hospitalar apresentaria para a gestora do setor de compras, suas necessidades e as aquisições dos materiais e medicamentos seriam feitas com base nesse relatório. As informações apresentadas pelos relatórios, levariam em conta a rotatividade dos materiais e medicamentos, baseando-se na curva ABC.

César, César e Silva (2018) apresenta o resultado de um estudo de controle de estoque que passou a ser integrado com os setores de compra e financeiro, permitindo assim a produção de informações estatísticas do estoque e de controle financeiro, como por exemplo: comparativos de consumo por grupos de itens; valores de consumo e detalhes do armazenamento; curvas ABC e XYZ; posições do estoque máximo, mínimo, em trânsito, e de segurança. Estas informações anteriormente eram processadas em meio aos registros desatualizados e pouco confiáveis, e que representavam uma análise única do estoque central.

Lima e colaboradores (2016) demonstra que para fazer uma estimativa do material a ser comprado, usa-se um sistema de cota mensal (CM) de todas as unidades através da média aritmética do consumo calculada baseada no consumo médio mensal (CMM) que é a média dos valores de materiais utilizados nos últimos meses, onde $CM = CMM + \text{o Estoque de Segurança (ES)}$, que é a quantidade de cada item que deve ser mantida em estoque, garantindo a continuidade do atendimento.

O ES pode ser calculado somando CM um valor de 10 a 20 % do CMM, somando ao consumo diário durante o tempo de reposição (TR). O estoque de segurança deverá ser calculado por item e por classe de materiais classificados pela curva ABC, conforme equação transcrita abaixo (LIMA *et al.*, 2016, p. 160).

Equação 1 - Fórmula para o cálculo de estoque de segurança:

$$ES = 10\% \text{ a } 20\% \text{ do } (CMM + CTR)$$

3 - Benefícios da administração de materiais

A conservação de produtos no almoxarifado pode impactar negativamente na saúde da população, daí a importância de atenção a cada uma das etapas de seleção descritas por (MOLINETT, 2019) as quais são usadas como princípio básico da assistência farmacêutica do Sistema Único de Saúde (SUS).

Considerado uma estratégia para as instituições, o almoxarifado deve ter seus processos bem definidos e executados de maneira eficiente para que tenha bom funcionamento e atenda aos seus objetivos (SILVA, 2017). Uma das suas funções mais importantes está no controle de estoque e sua manutenção é a atividade chave da logística (ANDREOLI; DIAS, 2015).

O objetivo do gerenciamento dos recursos materiais está em dispor os recursos necessários no processo de produção com qualidade, quantidade, tempo certo e com o menor custo para aquisição, garantindo a continuidade da assistência ao cliente com qualidade por meio de ações de saúde que não podem sofrer interrupções (ANDREOLI; DIAS, 2015; CÉSAR; CÉSAR; SILVA, 2018; LIMA *et al.*, 2016; REIS *et al.*, 2015).

César, César e Silva (2018, p. 24) em seu estudo sobre a “inovação no atendimento dos usuários de materiais e medicamentos” enfatiza que a inovação na gestão organizacional dos serviços de saúde passa pela construção de normas, rotinas, e da racionalização dos fluxos e dos sistemas disponíveis na organização e “representa um papel relevante de ordem econômica, social e técnica neste tipo de organização”.

Lima e colaboradores (2016) relata que numa organização de saúde pública, a administração dos recursos materiais tem requerido maior atenção devido ao orçamento com restrição, necessitando de um controle de consumo e dos custos para que não falte os insumos necessários.

Andreoli, Dias (2015) sugerem a adoção de um sistema de gerenciamento efetivo para o fornecimento dos dados necessários ao processo decisório da logística. César, César e Silva (2018) realizou estudo correlato a esse e observou que uma mudança ocorreu no sistema de controle de estoque. Este passou a ser integrado com os setores de compra e financeiro, permitindo assim, a produção de informações estatísticas do estoque e de controle financeiro, como por exemplo: comparativos de consumo por grupos de itens; valores de consumo e detalhes do armazenamento; curvas ABC e XYZ; posições do estoque máximo, mínimo, em trânsito, e de segurança. Estas informações anteriormente eram processadas em meio aos registros desatualizados e pouco confiáveis, e que representavam uma análise única do estoque central.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa aplicada que concentra-se na identificação de problemas presentes na instituição em estudo, que visa elaborar diagnósticos e buscar soluções (FLEURY;

WERLANG, 2017). A abordagem qualitativa envolve o investigador em uma experiência sustentada e intensiva com os participantes (CRESWELL; SILVA; LOPES, 2010).

O delineamento é um estudo de caso, que estuda o fenômeno no seu contexto real e as possibilidades de solução para o problema da pesquisa aplicada (YIN, 2011). O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa via plataforma Brasil, sob número do parecer 4.436.091 e foi respeitado o sigilo e anonimato dos entrevistados.

Prodanov e Freitas (2013) apontam a possibilidade de se usar vários instrumentos para coleta de dados em um estudo de caso, que neste estudo aconteceu por meio de observação participativa, registros escritos e fotos. Segundo Yin (2011) esse tipo de observação pode ser assistemática, não estruturada, sem um planejamento ou controle previamente elaborados.

Também foram aplicadas entrevistas semi-estruturadas, em que os pesquisadores levantaram dados primários com funcionários do serviço diretamente envolvidas no processo, para identificar pontos críticos e possíveis soluções para melhoria de seu funcionamento (PRODANOV; FREITAS, 2013).

Foi construído um guia para a entrevista, com questões abertas, como sugere Yin (2011), desenvolvido com base na pergunta e objetivos da pesquisa. Esse guia continha perguntas sobre todas as etapas do processo de trabalho no almoxarifado, desde sua organização até a dispensação dos materiais. A amostra de entrevistados foi composta por 5 pessoas, escolhidas por conveniência, que segundo Yin (2011) é deliberada, intencional, para gerar dados mais relevantes considerando o tema de estudo. As entrevistas foram realizadas de forma presencial pela pesquisadora Residente com agendamento prévio por e-mail ou telefone. Devido ao contexto atual de Pandemia de COVID-19, foram adotadas todas medidas de segurança. As entrevistas foram gravadas, transcritas e armazenadas no *Google Drive*.

Para a análise dos dados coletados foi utilizada a análise de conteúdo que segundo Creswell e colaboradores (2010) consiste em transcrever as entrevistas, fazer a leitura, classificar e organizar os dados, refletir sobre o sentido aplicado no contexto da pesquisa, separar os assuntos em grupos, ordenar e fazer uma descrição do cenário. Nos resultados serão apresentados o diagnóstico situacional do almoxarifado do SAMU da RMBH e as melhorias identificadas, compilados nas seguintes categorias: (A) estrutura física, (B) aquisição, (C) recebimento, (D) armazenamento, (E) dispensação, (F) controle de estoque.

Os entrevistados foram categorizados em: E1, E2, E3, E4 e E5. A análise foi fundamentada por evidências científicas. Para demonstrar a fidedignidade do estudo realizou-se, conforme orientam Prodanov e Freitas (2013), uma triangulação de informações, de dados, de evidência e teorias.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A pesquisadora residente trabalhou *in loco*, entre março e julho de 2020, participando de reuniões, vivenciando o dia a dia do serviço, e identificou a situação atual utilizando um diário para registro de observações e acontecimentos. Abaixo será apresentado o diagnóstico situacional do setor de almoxarifado do SAMU da RMBH e a análise de conteúdo considerando as categorias de análise.

A - Estrutura física

Composta por 03 salas que são utilizadas para guardar os materiais de expediente e equipamentos médicos hospitalares, nomeadas em A, B, C. Destaca-se que essas salas antes do desenvolvimento do presente estudo, eram chamadas de galpão pela equipe do SAMU da RMBH. As salas em questão estão em piso grosso, as paredes de bloco, possuem uma porta de entrada de ferro com vidro. Em cada sala há uma janela grande de vidro, o teto é de latão, as instalações elétricas são básicas com uma lâmpada e tomadas por sala, conforme as figuras a seguir:

A entrada é um espaço aberto sem porta, que mede 22m², onde ficam depositados cilindros de O₂ e alguns colchonetes. A sala A mede 15m², contém 01 prateleira, 04 armários onde armazenam materiais como macas, colar cervical,ambu, capotes, máscaras, aparelhos de medir pressão arterial (PA), materiais do desfibrilador externo automático (DEA); extintores de incêndio e itens de outros setores. A sala B medindo 19,8m² e contém 07 prateleiras de aço, 03 armários, onde estão guardados os produtos de limpeza, higiene, impressos e segurança. A sala C tem sua entrada independente, possui uma maca e uma mesa, pia para lavagem de mãos, teto de latão e um banheiro.

A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC 50) (BRASIL, 2002) determina que:

a estrutura física deve estar com condições de segurança com localização adequada, os mobiliários e outros elementos constituídos de material de fácil limpeza e desinfecção [...] As condições de conservação do ambiente e segurança com teto, piso e paredes íntegras de fácil limpeza, ralo sifonado com tampa escamoteável, com climatização e/ou ventilação artificial (ar condicionado) ou Natural (janelas com aberturas teladas).

Atualmente o espaço comporta os insumos, mas não é o ideal:

O espaço poderia ser maior um pouco, mas como foi adaptado está sendo o suficiente para o que tem disponível lá, não é um espaço ruim também não. (E4)

Nesse galpão a gente tem um problema com as chuvas com vento que cai na horizontal e pode molhar um pouco as paredes, a gente não teve perda, mas chegou a molhar as caixas de luvas, a gente deixou secar e o pessoal conseguiu usar normalmente, não teve perda, mas tem este problema, a gente procura deixar próximo de onde acumula umidade os itens de plástico, tipo galão de álcool, que não tem problema molhar. O que tem problema em molhar a gente eleva do chão e distância da parede. (E2)

Os materiais deveriam estar codificados em ordem alfabética e dispostos por tipo e classe, mas neste estudo verificou-se que não estão armazenados dessa forma. Os materiais devem ser acondicionados de forma que sejam facilmente encontrados, separados por rótulos, lote e com placas de identificação nas prateleiras, ambos de forma que o que tiver a data mais antiga seja dispensado primeiro (ANDREOLI; DIAS, 2015; MOLINETT, 2019; SILVA; PEREIRA; COSTA, 2016).

Identificou-se que o local precisa promover adequações para atender as recomendações da ANVISA (ANVISA, 2002; ANVISA 2019), o que pode ser confirmado nas entrevistas (E2 e E4). Ressalta-se a necessidade de melhoria também na segurança contra incêndios, adequação de mobiliários e organização e disposição dos itens na ventilação e climatização das salas (E5). Com relação à desinfecção, recomenda-se que seja facilitada, modificando piso e parede para que sejam lisos e o teto de preferência de materiais isolantes térmicos (SILVA, 2017).

B - Aquisição e Compras

Observou-se que esta etapa fica a cargo da coordenação de enfermagem e que os pedidos de insumos estão divididos em duas categorias:

Materiais Médico-hospitalares: segundo E1 os materiais são requisitados periodicamente pela coordenadora de Enfermagem, por e-mail). Além disso, de acordo com E2, os funcionários do almoxarifado sinalizam o estoque desses materiais para direcionar os pedidos. Os entrevistados E1 e E3 relataram que parte dos materiais é retirada no próprio almoxarifado do SAMU e a outra parte é solicitada e retirada na farmácia do Hospital Municipal da RMBH e esse processo é realizado pelos técnicos das ambulâncias de suporte básico (UBS), suporte avançado (USA) e transporte sanitário (TS), na medida da necessidade de reposição.

Materiais de Expediente: que segundo E1 são os impressos, limpeza, higiene e segurança e o setor administrativo é responsável pela aquisição destes materiais.

Lima e colaboradores (2016) descreve que deve haver planejamento e programação para compras de materiais, bem como para manter o abastecimento e a distribuição adequada de

insumos (CRESWELL, SILVA, LOPES, 2010; FLEURY, WERLANG, 2017). Segundo o E1, existe um cronograma mensal, com data pré-determinada para as solicitações de materiais de expediente, sendo: “Do dia 1º ao dia 3 são feitos os pedidos, a aprovação pelo almoxarifado central se dá entre os dias 6 e 7, a separação pela empresa terceirizada é feita entre os dias 8 e 15” (E1).

E4 relatou que os insumos das ambulâncias são repostos utilizando-se uma ficha de requisição preenchida pelos socorristas, para manter o estoque mínimo necessário por plantão.

Reis *et al.* (2015) relatam que as compras públicas são feitas por licitação e regida pela lei 10520/02. Segundo E5 a licitação é um processo mais demorado em virtude de um processo que passa pela publicação de um edital, um pregão, até a contratação do fornecedor:

Às vezes você não consegue comprar e tem que começar tudo de novo que é o que a gente chama de “fracassado ou deserto”, deserto é quando você não tem nenhum fornecedor que apresenta proposta para um determinado item e fracassado é quando eles apresentam proposta mas o preço está acima do preço médio de mercado aí você não pode pagar aquele preço(E5).

O setor de compras deve atentar quanto ao tempo de reposição como alerta Andreoli e Dias (2015) para não acontecer de faltar insumos.

C - Recebimento

O recebimento de materiais era feito pelo porteiro, pela assistente administrativo ou pela coordenação de enfermagem, ou funcionário disponível no momento. O material era levado para o local de armazenamento e comunicado o seu recebimento para o responsável. O número de pessoas envolvidas estava indefinido.

Esta etapa integra as áreas de contabilidade, compras, transportes, englobando duas fases: a entrada de materiais (analisar os documentos) e a conferência quantitativa (conferir a descrição, quantidade, data de validade, nº do lote, integridade da carga, unidade de medida e valor) (SILVA, 2017; SILVA; PEREIRA; COSTA, 2016). A literatura orienta que para o recebimento é necessário um conferente para realizar a recepção de mercadorias, (CRESWELL; DIAS; LOPES, 2010; GÁRCIA-CÁCERES; ESCOBAR, 2016; REIS *et al.*, 2015), entretanto o local de estudo não apresentava um conferente específico para cuidar do estoque.

Desta forma, contatou-se mais um ponto importante de atenção e necessidade de adequação. A partir da sinalização dessa necessidade de um conferente, foi designado que um colaborador do almoxarifado fará a conferência dos materiais quando chegarem e se possível acompanhado por um enfermeiro do plantão (E2, E4).

Atualmente esse recebimento e a conferência dos materiais é feito por dois profissionais, momento que exige atenção e agilidade como relata E4:

A conferência tem que ser rápida, porque eles tem pressa, então assim você fica com medo de receber coisa errada, mas como eles têm pressa de estar entregando, você tem que agilizar, e é muita coisa, tem que prestar muita atenção [...] A gente tem que conferir rápido o que estão entregando, porque eles têm que ir para outro lugar.

No SAMU da RMBH, os materiais relacionados aos atendimentos de pacientes com COVID-19, chegam semanalmente e os outros itens médico-hospitalares chegam mensalmente de acordo com E1, E2 e E4.

D - Armazenamento

Quando o material chega ao SAMU da RMBH, os produtos são armazenados nas três salas anexas (A, B e C), segundo o E2, este material é guardado no galpão (salas A, B, C) para reposição quando necessário.

Identificou-se que o local de armazenamento necessita de adequações para melhor acondicionamento dos materiais, para evitar perdas com chuvas, entre outras casualidades conforme relatos dos entrevistados:

Nesse galpão a gente tem um problema com as chuvas com vento que cai na horizontal e pode molhar um pouco as paredes, a gente não teve perda, mas chegou a molhar as caixas de luvas (E2).

Nos fundos perto dos banheiros, tem o almoxarifado (...) é trancado, não é uma área abafada, tem gaveta, tem prateleira, não fica diretamente no chão, mas também não é um espaço só para material, é um espaço de a gente deixar os equipamentos reserva, e as fichas do arquivo morto, ficam juntos. Não é um espaço exclusivo (E4).

São recomendadas estantes modulares de aço por serem de fácil manuseio e com profundidade de 60 centímetros para armazenar os materiais médico-hospitalares e devem ser mantidos em gaveteiros ou caixas bin (SILVA, 2017).

Foi detectado que alguns trabalhadores envolvidos no processo não conhecem ou não frequentam o local de armazenamento dos insumos, além disso, desconhecem as regras de armazenamento: “Não sei como é que está, faz muito tempo que não recebo e não vou lá” (E3).

A literatura documenta sobre a importância de serem mantidas as regras para o armazenamento seguro: os materiais mais pesados devem ser mantidos no chão e em cima de *pallets*, não sendo permitido colocar caixas diretamente no chão por risco da umidade danificar o bem; os materiais do mesmo tipo deverão ser colocados na mesma prateleira (SILVA, 2017). O armazenamento de medicações deve estar com identificação de rótulos, por ordem alfabética, lote, placas de identificação nas prateleiras, medicamentos dentro do prazo de validade, separados pela Denominação Comum Brasileira (DCB) (MOLINETT, 2019).

Apesar de os autores indicarem a necessidade de identificação, descrição e codificação dos materiais, observa-se que no local de estudo, nem todo estoque está devidamente identificado e ainda não há codificação dos itens (SILVA; PEREIRA; COSTA, 2016). “Todos os medicamentos eles ficam sobre *pallets* e estante, o material médico que é mais volumoso, ele fica no *pallets*, e alguns menores (tubos, cânulas, fios) ficam em estantes também, as caixas maiores ficam nos *pallets*” (E5).

Destaca-se que para otimizar o serviço, torna-se importante organizar os materiais conforme descrito na literatura, para facilitar o manuseio diário, separação dos materiais por tipo, classe, os maiores nos *pallets* e os menores nas prateleiras dentro de caixas bin, com identificação por ordem alfabética e codificações. No caso das medicações, devem ser separadas por tipo, lote e dispostas na frente nas prateleiras as com vencimento próximo (SILVA, 2017; SILVA; PEREIRA; COSTA, 2016). Apesar de não serem dispensadas medicações as (as equipes se abastecem no Hospital Municipal), foi observado que no galpão (salas A, B, C) os materiais não estão em uma ordem de armazenamento como recomenda a literatura, constatando-se a necessidade de adaptações no quesito armazenamento.

Ao final foi confeccionado um documento de Procedimento Operacional Padrão (POP) com definições e ações sobre o armazenamento e estocagem de materiais e encaminhado à coordenação como sugestão de treinamentos.

E - Dispensação

A fase de distribuição e dispensação deve ser feita em uma área específica para expedição de materiais, distante da área de recebimento e separada das outras áreas através de divisórias, parede ou painéis etc (SILVA; PEREIRA; COSTA, 2016). A dispensação é uma das principais atividades e que são necessárias adequações, para otimizar o atendimento interno (SAYDELLES; SOARES; SANTOS, 2019).

No início da pesquisa as enfermeiras (plantonistas do dia) eram as responsáveis por fazer a distribuição dos materiais para a equipe de enfermagem, que por sua vez, abasteciam as

ambulâncias. Não havia uma sala específica para dispensação. À medida em que o trabalho foi se desenvolvendo, foi adaptada uma sala específica para dispensação dos materiais, a qual foi denominada como “Almoxarifado”. Essa denominação do local, foi fundamental, pois deixou mais claro reconhecimento do setor, construindo-se uma identidade e deixando explícita a sua importância e a sua função. Assim, uma nova rotina foi estruturada e as planilhas impressas foram reformuladas pela pesquisadora, como afirma E3: “Depois que montou isso (Almoxarifado), agilizou bem, isso ficava mais a cargo da enfermeira da regulação que tinha às vezes de parar de resolver alguma situação da CR para ir realizar esta dispensação” (E3).

A distribuição e o controle de estoque são pontos essenciais de todo o sistema e necessitam de um subsistema mais moderno (LIMA *et al.*, 2016). Os documentos de registros segundo Silva, Pereira e Costa (2016), devem conter informações de conhecimento das partes envolvidas sobre todo material dispensado e o controle deve existir independente da etapa do processo.

No SAMU a dispensação é feita pelo setor administrativo, registrada em planilhas impressas, conforme observado e reiterado pelos entrevistados:

Todo dia, tudo que sai a gente vai lançando, e a gente faz o controle dos itens que chegam, os itens que saem e o estoque no momento. Esta planilha ajuda a gente a fazer uma previsão do quanto gasta de cada item por mês (E2)

E de acordo com a dispensação, vai se repondo os materiais do estoque lá nos fundos. (E3)

Considerando que os materiais de expediente e médico-hospitalares são dispensados por profissionais de setores diferentes, neste ponto, esta separação dos insumos, o controle de materiais desde a aquisição até a dispensação ocorre de forma descentralizada, conforme é recomendado na literatura (ANDREOLI; DIAS, 2015).

Também foi identificada a necessidade de treinamento para os funcionários novatos na função, para melhorar o conhecimento técnico sobre os materiais médico-hospitalares em todas as etapas do processo de trabalho e evitar erros na dispensação.

Falando específico do SAMU, os funcionários são novatos, não são funcionários específicos da área da saúde, então, muitos materiais eles não conhecem [...] você tem que ficar explicando. As vezes acaba entregando material trocado por não saber o que é, então quem está pegando tem sempre que prestar atenção (E4).

Nesta etapa as mudanças foram muito significativas, como mostram a fala de E5 e mostram como a organização do almoxarifado contribuiu para melhorias e otimização dos processos no SAMU da RMBH: “Muito mais seguro do que a gente faz hoje, porque hoje a gente dá a saída em quantidade e não exatamente naquele lote que o paciente recebeu” (E5).

F - Controle de estoque

Foi observado que existe uma variação de quantidade para distribuição de material para cada tipo de ambulância (USB, USA ou TS), e além disso o material é consumido de acordo com as ocorrências e registradas as quantidades dispensadas em planilhas impressas. Cumprindo o disposto pela literatura quanto a importância da distribuição, controle de materiais e necessidade de controle eficaz (FLEURY; WERLANG, 2017).

A legislação orienta que uma das funções do enfermeiro é realizar a gestão de materiais e equipamentos no atendimento pré-hospitalar (BRASIL, 2002). O controle de estoque é essencial para que se obtenha os materiais no tempo demandado. Segundo E3 e E4, a gestão do estoque é realizada pela coordenação de enfermagem:

Lá no SAMU tem uma tabela do que entra e o que sai, registrada pelo próprio funcionário que fica no administrativo, a coordenadora de enfermagem estava atualizando e assina. (E4)

Com a pandemia aumentou bastante o uso de materiais. Teve que fazer uma reabordagem de tudo isso aí, formulários, protocolos de paramentação, protocolos de atendimento. Para EPI's aumentou bastante a demanda. (E3)

O controle de estoque segundo E2 e E4 é realizado pelas planilhas impressas, as quais possibilitam o planejamento. A literatura aponta que o uso de sistemas de custos que possuam informações sobre o controle da rotatividade dos insumos ou softwares modernos garantirão maior fidedignidade ao controle de estoque (SAYDELLES; SOARES; SANTOS, 2019). Na percepção dos entrevistados E2 e E4, a planilha impressa poderia ser aprimorada. Assim, enquanto foi criada a sala de dispensação, também foram aprimorados os registros em papel e confeccionado uma planilha informatizada no software excel para controle de estoque, contendo a entrada, a saída e o saldo do estoque dos materiais médico-hospitalares, que posteriormente foi adicionada ao *Google Drive*.

A gente tem um papel impresso que vamos registrando toda saída dos produtos que vão pegando ao longo do dia. ... condensa tudo que saiu naquele dia e coloca na planilha de excel, então a gente tem uma física para cada dia e tem uma grande planilha no excel (google drive) que contempla todos os dias do mês aí a gente passa a informação da física, do papel para essa planilha do *Google Drive* com os valores totais do dia (E4).

Mesmo com esses instrumentos de controle ainda existe um desequilíbrio na proporção de itens no estoque, com pouca gestão sobre a quantidade recebida de determinados itens, como afirma E2:

Tem alguns itens que a gente tem em grande estoque e o pessoal pede muito pouco, eu não sei dizer exatamente o porquê disso, não sei se os enfermeiros não tem uma comunicação e eles não sabem que se usa pouco esses itens, ou se usa pouco mesmo, tem o excesso porque pediram muito. Mas tem um descompasso de alguns itens (E2).

Sugere-se a aquisição de um sistema informatizado de código de barras e leitoras óticas, com o uso *software* que tenha todas as informações necessárias sobre os insumos, além do controle de entrada, saída e saldo final dos materiais, para o controle efetivo (CAÇÃO *et al.*, 2019; LIMA *et al.*, 2016; SAYDELLES; SOARES; SANTOS, 2019; SILVA, 2017;).

Após a consolidação do almoxarifado e estabelecidos os fluxos no ambiente do estudo, percebeu-se uma devolutiva positiva por parte dos funcionários: “Chegamos num modelo que gasta pouco papel, otimiza o trabalho (E2)”. “Apesar de poder mudar, mas já é um bom começo” (E4).

Ainda persistem algumas dúvidas por parte dos entrevistados quanto as etapas do processo, fluxo e algumas atividades. Reforçando a necessidade de treinamento da equipe:

“A administração da unidade que faz o pedido, aí eu já não sei se é na prefeitura ou secretaria” (E2)

“Eu acho que é a coordenação de enfermagem.” (...) “Tem um programa no computador, acho que excel”. “Treinar os funcionários de lá, tem que ser mais no dia a dia mesmo, para mostrar o que é, o quê, né? Para ninguém entregar material errado, para ninguém passar a perna neles. Por exemplo: você vai pegar luvas, um funcionário te exige a caixa vazia. Chega outro e não exige.” (E4).

Além disso, os participantes do processo de trabalho do almoxarifado ainda apontaram, aspectos precisam melhorar como a ampliação dos itens dispensados no SAMU e equilibrar a quantidade de determinados itens que são comprados:

“Manter os protocolos e melhorar a dispensação. Dispensar tudo mesmo não vai conseguir porque tem os artigos que precisam ser esterilizados ou passar por algum tipo de desinfecção, que aqui não realiza.” (E3)

“Tem alguns itens que a gente tem em grande estoque e sai muito pouco [...] outros, tem o excesso porque pediu muito” (E2).

Com base nas normas técnicas vigentes e recomendações da literatura em relação ao processo de trabalho observado na estruturação do almoxarifado foram feitas sugestões de melhorias, conforme disposto no Quadro 1.

Após a realização das entrevistas e organização do almoxarifado foi criado um fluxograma adaptado a realidade do local estudado, como observado na Figura 2. Destaca-se que esse fluxograma pode ser adaptado conforme as mudanças que ocorrerem no setor e conforme necessidades da gestão local.

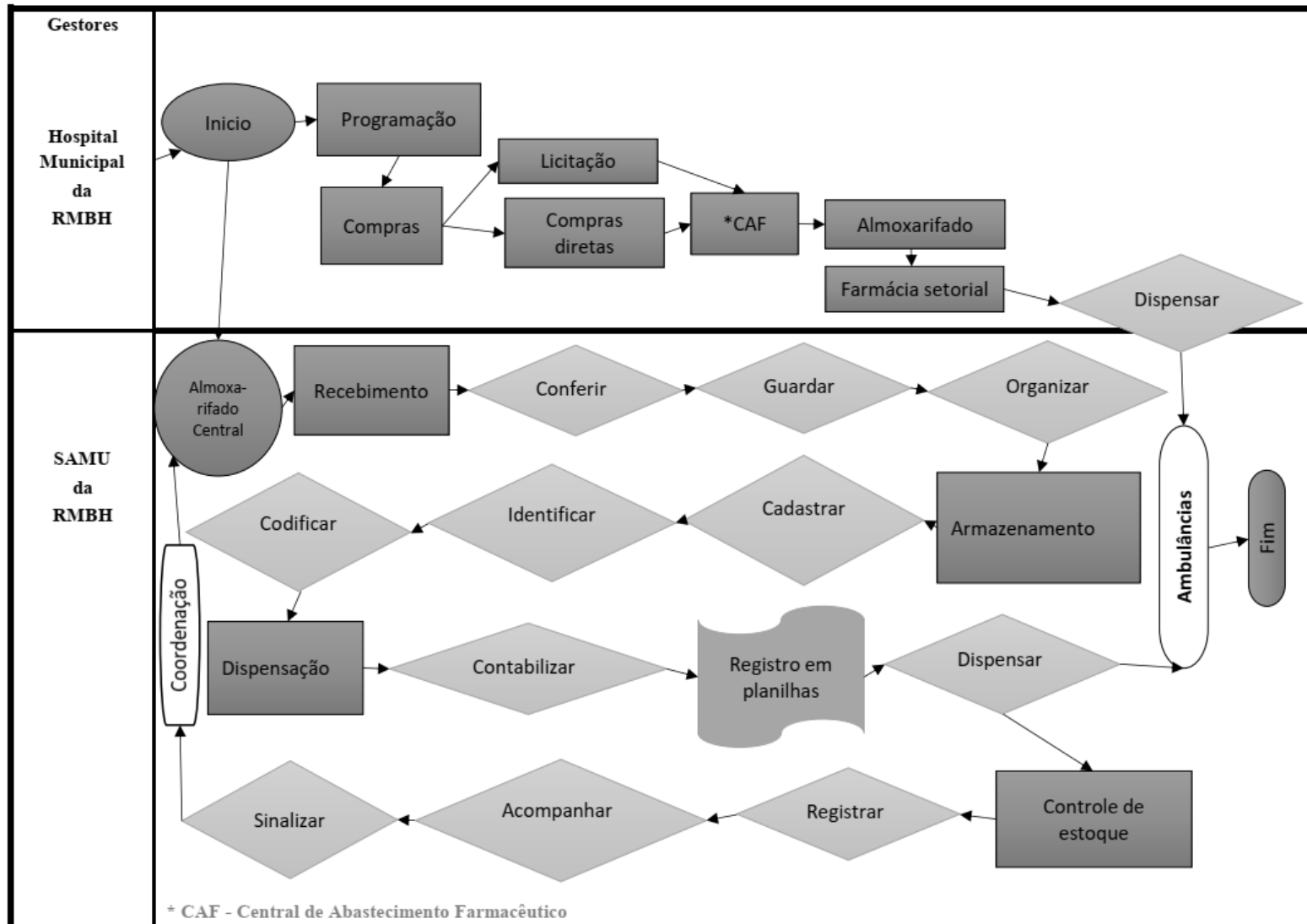
Quadro 1 - Principais resultados.

Categoria	Recomendações da Literatura	Processo de trabalho observado	Sugestões de melhoria
(A) Estrutura física (10, 20, 21, 22)	Segurança Prevenção contra incêndios Mobiliários de material de fácil desinfecção; Teto, piso e paredes íntegras de fácil limpeza; Ralo sifonado; Ventilação artificial; Área de lavado (em caso de estocar medicamentos).	Não existia segurança efetiva e as Instalações elétricas inadequadas; Insuficiente e com instalação inadequada; Caixas de papelão, pallets de madeira, armários de aço. Piso grosso, paredes de bloco, teto de latão que são inadequados. Ocorrem perdas com chuvas (goteiras), entre outras casualidades. Não possui ralo sifonado; Não possui ventilação artificial Não existe área de lavabo.	Salas trancadas com acesso restrito e melhor iluminação; Implementar um sistema contra incêndio; Caixas Bin, pallets de plástico, aumentar quantidade de armários de aço; Piso liso, teto com isolamento térmico, paredes lisas; Instalar ralo sifonado; Janelas maiores ou ar condicionado; Área de lavado;
(B) Aquisição / Compras (11, 14, 15)	Planejamento e programação; Abastecimento e a distribuição adequada de insumos; Tempo de reposição.	Centralizado e sem padrão, feitos via e-mail e os materiais chegam mensalmente; Falta e/ou excesso de insumos; Chegam semanal e mensal com erros de quantidade e de itens;	Padronizar a operação e a periodicidade (POP); Definição de estoque mínimo e monitoramento; Identificar a origem de erros e evitar repetição.
(C) Recebimento (10,11,15, 22)	Conferir os itens recebidos com as notas fiscais; Verificar condições e integridade da carga. Manter um conferente específico e treinado	Conferência superficial, sem critérios, recebimentos com erros frequentes de quantidade; Verificação superficial e rápida; Realizado por quem estivesse disponível Frequente desfalque na equipe.	Padronização do processo (POP); Foi designado o assistente administrativo para recebimento Deve ser realizado treinamento “Cobrir a escala” em caso de atestados, afastamento ou falta.
(D) Armazenamento (10, 11, 21, 22)	Prateleiras de aço (60 cm) Codificação e identificação dos itens e prateleiras Organização dos itens por ordem alfabética	Existem prateleiras, mas em quantidade insuficiente Os pallets são de madeira Os itens são identificados apenas pelo nome	Aquisição de prateleiras, pallets e plástico caixas bin ou gaveteiros Separar os materiais por tipo e classe, fazer a codificação e organização em ordem alfabética dos itens nas prateleiras
(E) Dispensação (11, 14, 21, 22, 23)	Controle eficaz na dispensação de materiais	Não tinha uma sala específica Controle manual registrado em planilhas impressas Era realizado pela enfermeira de plantão	Foi criada uma sala específica para dispensação (identificada como “almoxarifado”) Foi criada uma planilha que está disponível para preenchimento on-line Deve ser realizado treinamento com a equipe; Sugere-se controlar a dispensação por código de barras.

<p>(F) Controle de estoque (2, 10,14,23,24)</p>	<p>Controle efetivo do estoque</p> <p>Sistema informatizado para melhor controle de entrada, saída e saldo final dos materiais.</p>	<p>Controle pouco eficaz, realizado manualmente, por diversas pessoas;</p> <p>Pouco conhecimento sobre as regulamentações do almoxarifado em serviços de saúde;</p> <p>Sem definição das etapas do processo;</p> <p>Os envolvidos não eram treinados</p>	<p>Uma pessoa responsável especificamente para cuidar do estoque;</p> <p>Implementação de um sistema informatizado para controle de estoque;</p> <p>Adequações na infraestrutura para atendimento às normas;</p> <p>Definições de Procedimentos Operacionais (POP);</p> <p>Foi realizado um treinamento inicial, sugere-se atualização e continuidade.</p> <p>Realização de inventário conforme necessário.</p>
---	---	--	---

Fonte: Elaborado pelas autoras para fins deste estudo, 2021

Figura 2 - Fluxograma do Almoxarifado do SAMU RMBH, junho de 2020 a março 2021.



Fonte: elaborada pelos autores para fins deste estudo, 2021.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que a organização do SAMU da RM contribuiu com as seguintes melhorias: no processo de organização e arrumação de materiais na sala para dispensação; a confecção de uma planilha informatizada para controle do estoque, entrada e saída dos materiais médico-hospitalares; adaptação e unificação de planilhas usadas para anotar a dispensação; construção de um POP sobre armazenamento como material de referência para os profissionais que atuam no serviço; construção de um fluxograma do almoxarifado adaptado a realidade local.

Em relação as etapas desenvolvidas no estudo quanto ao recebimento de materiais, torna-se necessário manter a conferência qualitativa e quantitativa por funcionários específicos previamente designados e treinados, para a melhoria efetiva no processo de aquisição e compras para evitar falta ou desperdício de materiais. Em relação ao armazenamento, essa é uma etapa que foi constatado maior oportunidade de melhorias, que segundo a literatura, é sugerido Separar os materiais por tipo e classe, fazer a codificação e organização em ordem alfabética dos materiais assim facilitará a localização dos materiais e trará agilidade no atendimento das unidades. A etapa de dispensação colaborou para a reestruturação da rotina e com a identidade de um almoxarifado e profissionais específicos para a distribuição de materiais. Apesar da percepção por parte da equipe de melhoria no controle dos materiais com a implementação da planilha, ainda ocorreram divergências na proporção de determinados itens, sugerindo-se a aquisição de um software, para automatizar esse controle. Ressalta-se a importância de um fluxo estabelecido e de uma equipe treinada em todas as etapas do processo, que contribuirá para uma gestão de materiais mais eficiente, otimizando o trabalho das equipes internas e da assistência ao paciente.

O estudo apresentou como limitação, a impossibilidade de generalização dos resultados, pelo próprio tipo de pesquisa e delineamento do estudo. Contudo, este estudo pode ser utilizado como referência para outros SAMUs, que apresentem a necessidade de organização de almoxarifados, haja vista, que foi um estudo efetuado no cotidiano prático do serviço e a escassez de literatura sobre a temática.

AGRADECIMENTOS

Ao Ministério da Saúde, pelo financiamento do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde; à Secretaria Municipal de Saúde e ao Diretor vigente no SAMU RMBH que viabilizaram a execução da pesquisa.

REFERÊNCIAS

AGRA, M. A. C. do *et al.* Dissertações e teses da enfermagem acerca do serviço de atendimento móvel de urgência: Estudo bibliométrico. **Texto & Contexto – Enfermagem**. v. 27, n. 1, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072018003500016>. Acesso em: 12 set. 2022.

ANDREOLI, G. L. M.; DIAS, C. N. Planejamento e Gestão Logística de Medicamentos em uma Central de Abastecimento Farmacêutico Hospitalar. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**. v. 12, n. 4, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.21450/rahis.v12i4.2570>. Acesso em: 22 ago. 2022.

BRASIL. M da S. **Política Nacional de Atenção as Urgências. Seq. III 2003**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_urgencias_3ed.pdf. Acesso em: 13 set. 2022.

BRASIL. **Portaria nº 288, de 12 de março de 2018.** Redefine a operacionalização do cadastramento de serviços de atendimento pré-hospitalar móvel de urgência e o elenco de profissionais que compõem as equipes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. [2018]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2018/prt0288_29_03_2018.html. Acesso em: 17 set. 2022.

BRASIL. **Portaria nº 2048 de 5 de novembro de 2002.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2002]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html. Acesso em: 14 ago. 2022.

BRASIL. Resolução - RDC nº 304 de 17 de setembro de 2019. Dispõe sobre as Boas Práticas de Distribuição, Armazenagem e Transporte de Medicamentos. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília DF, ano 156, n. 181, p. 64 [2019]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-rdc-n-304-de-17-de-setembro-de-2019-216803526>. Acesso em: 12 jun. 2022.

BRASIL. **Resolução - RDC nº 50 de 21 de fevereiro de 2002.** Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração, e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, [2002]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/rdc0050_21_02_2002.html. Acesso em: 20 ago. 2022.

CAÇÃO, E.V. *et al.* O Fluxo Montante na Logística de uma Farmácia Escola Pública: Um estudo de caso. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde.** v. 16, n. 2, p. 81-93, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.21450/rahis.v16i2.5773>. Acesso em: 12 set. 2022.

CÉSAR, F. C. R. *et al.* Estressores da Pós-Graduação: **Revisão Integrativa na Literatura. Cogitare Enfermagem.** v. 23, n. 4, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i4.57460>. Acesso em: 20 ago. 2022.

CÉSAR, M. B.; CÉSAR, R. M.; SILVA, A. S. A Inovação no Atendimento dos Usuários de Materiais e Medicamento em um Hospitalar Filantrópico no Estado do Tocantins: Uma Análise Observação Participante dos Usuários da Farmácia Setorial do Centro Cirúrgico. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde.** v. 15, n. 3, p. 20-30, 2018. Disponível em: <http://www.spell.org.br/documentos/ver/53221/a-inovacao-no-atendimento-dos-usuarios-de-materiais-e-medicamento-em-um-hospitalar-filantropico-no-estado-do-tocantins--uma-analise-observacao-participante-dos-usuarios-da-farmacia-setorial-do-centro-cirurgico-/i/pt-br>. Acesso em: 15 set. 2022.

CRESWELL, J. W. **Projeto de Pesquisa:** Métodos Qualitativo, Quantitativo e Misto. Tradução: Magda França Lopes. 3. ed. Porto Alegre: Penso, 2010. 296p. ISBN 978-8536323008.

FLEURY, M. T. L.; WERLANG, S. R. C. **Pesquisa aplicada**: conceitos e abordagens. In: JR, T. W. (ed). Anuário de Pesquisa GV pesquisa 2016-2017. Única Gráfica e Editora, 2016. p. 10-15.

GARCÍA-CACERES, R. G.; ESCOBAR, J. W. R G, Escobar JW. Characterization of supply chain problems. **DYNA**, v. 83, n. 198, p. 68-78, 2016. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0012-73532016000400008&lng=es&nrm=iso&tlng=en. Acesso em: 14 set. 2022.

LIMA, A. F. C. *et al.* **Gerenciamento em Enfermagem**. Coordenação: Paulina Kuregant. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016, 209 p. ISBN 978-85-277-3018-1.

LUIZ, H. G; DAMASCENO, P. A.; LÉLIS, E. C. Análise crítica da gestão de estoque: um caso no setor de ensino. **Revista LOGS: Logística e Operações Globais Sustentáveis**, v. 1, n. 1, 2019.

MACHADO, C.V.; SALVADOR, F. G. F.; O'DWYER, G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. **Revista Saúde Pública**. v. 45, n. 3, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011005000022>. Acesso em: 15 ago. 2020.

MICHILIN, N. S. *et al.* Análise dos atendimentos obstétricos realizados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 69, n. 4, p. 669-675, jul./ago.2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690408i>. Acesso em: 24 jun. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA. **Ministério da Saúde**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/samu-192>. Acesso em: 27 abr. 2020.

MOLINETT, F. Inspeção farmacêutica em dez bases descentralizadas do serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) no sudoeste do Paraná. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**. v. 9, n. 2, abr./jun.2018. Disponível em: <https://doi.org/10.30968/rbfhss.2018.092.004>. Acesso em: 29 ago. 2022.

MOTA, L. L.; ANDRADE, S. R. de. Topics of pre-hospital care for schoolchildren: the perspective of professionals of the Mobile Emergency Care Service (SAMU). **Texto & Contexto - Enfermagem**. v. 24, n.1, jan./mar.2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072015000500014>. Acesso em: 19/09/2022

O'DWYER, G. *et al.* O processo de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: estratégias de ação e dimensões estruturais. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 33, n. 7, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00043716>. Acesso em: 16/09/2022.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico**. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013. 277 p. ISBN 978-85-7717-158-3

REIS, L. B. *et al.* Análise das Reprovações de Materiais Médico-Hospitalares de um Hospital de Ensino. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**. v. 12, n. 3, p. 10-21, 2015. Disponível em: <http://www.spell.org.br/documentos/ver/36851/analise-das-reprovoacoes-de-materiais-medico-hospitalares-de-um-hospital-de-ensino--/i/pt-br>. Acesso em: 12 set. 2022.

SAYDELLES, L. A. T.; SOARES, C. S.; SANTOS, E. A. Uso da Informação de Custos da Farmácia Hospitalar no Processo de Gestão de um Hospital Privado. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**. v. 16, n. 1, p. 98-113, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.21450/rahis.v16i1.5417>. Acesso em: 02 set. 2022.

SILVA, E. S.; PEREIRA, L. S. M.; COSTA, P. S. **Manual do Almoxarifado: Manual de normas e procedimentos dos processos dos setores de almoxarifado**. 2016.

SILVA, K. **Manual de padronização de Procedimentos da Unidade de Almoxarifado**. 2017.

YIN, R. K. **Qualitative research from start to finish**. New York: Guilford Press; 2011. 348p.