

Edineide Nunes da Silva
José Ferreira Lima Júnior
Maria Mônica Paulino do Nascimento
Wemerson Neves Matias
ORGANIZADORES

EXPERIÊNCIAS EXITOSAS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO



**Edineide Nunes da Silva
José Ferreira Lima Júnior
Maria Mônica Paulino do Nascimento
Wemerson Neves Matias**

ORGANIZADORES

.....

EXPERIÊNCIAS EXITOSAS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

.....



Campina Grande -PB

2021

E96 Experiências exitosas em um hospital universitário [recurso eletrônico] /
Edineide Nunes da Silva, José Ferreira Lima Júnior, Maria Mônica Paulino
do Nascimento...[et al.] organizadores. – Campina Grande: EDUEG,
2021.
198 p. : il. color.

E-book (PDF)
ISBN 978-65-86302-50-9

1. Saúde Coletiva. 2. Saúde Pública. 3. Gestão em Saúde. I. Silva, Edineide
Nunes da. II. Lima Júnior, José Ferreira. III. Nascimento, Maria Mônica Paulino
do. IV. Título.

CDU 614

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECÁRIA SEVERINA SUELI DA SILVA OLIVEIRA CRB-15/225

EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - EDUEG
editoradaufcg@gmail.com

Prof. Dr. Antônio Fernandes Filho
Reitor

Prof. Dr. Mario Eduardo Rangel Moreira Cavalcanti Mata
Vice-Reitor

Prof. Dr. Patrício Borges Maracajá
Diretor Administrativo da Editora da UFG

Simone Cunha
Revisão

Yasmine Lima
Projeto Gráfico

CONSELHO EDITORIAL

Anubes Pereira de Castro (CFP)
Benedito Antônio Luciano (CEEI)
Erivaldo Moreira Barbosa (CCJS)
Janiro da Costa Rego (CTRN)
Marisa de Oliveira Apolinário (CES)
Marcelo Bezerra Grilo (CCT)
Naelza de Araújo Wanderley (CSTR)
Railene Hérica Carlos Rocha (CCTA)
Rogério Humberto Zeferino (CH)
Valéria Andrade (CDSA)

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

7

1

PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE A SEGURANÇA DO
PACIENTE NO CUIDADO DISPENSADO À CRIANÇA HOSPITALIZADA

9

2

IMPLANTAÇÃO DA DIVISÃO DE GESTÃO DE PESSOAS NO
HUIB SOB A ÓTICA DA GESTÃO MOTIVACIONAL

27

3

FARMÁCIA HOSPITALAR: RELATO DO PROCESSO DE
IMPLANTAÇÃO DE UM SISTEMA INFORMATIZADO

41

4

APLICATIVOS DE GESTÃO PARA HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS:
UMA EXPERIÊNCIA DE SUCESSO NO GERENCIAMENTO DOS
ESTOQUES NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO BANDEIRA

57

5

“MEDIDA HUIB”: DESAFIOS QUE PROMOVEM CUIDADO DA SAÚDE
E MELHORIAS NA QUALIDADE DE VIDA DOS TRABALHADORES

79

6	ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS QUE ATUAM EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NO ALTO SERTÃO PARAIBANO	95
7	VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA ASSISTÊNCIA REALIZADA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO	117
8	CUIDADO MULTIPROFISSIONAL A UMA CRIANÇA COM PARALISIA CEREBRAL EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: ESTUDO DE CASO	141
9	INTEGRAÇÃO DE APLICATIVO DE GESTÃO E FERRAMENTAS DE BUSINESS INTELLIGENCE NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO BANDEIRA	161
10	RELATO DE EXPERIÊNCIA NA IMPLANTAÇÃO DO LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO BANDEIRA	175
	SOBRE OS ORGANIZADORES	193
	SOBRE OS AUTORES	195

APRESENTAÇÃO

O livro *Experiências Exitosas em um Hospital Universitário* está dividido em dois eixos principais, os quais abordam aspectos assistenciais e de gestão do Hospital Universitário Júlio Bandeira (HUIJB).

Localizado no Alto Sertão paraibano, na cidade de Cajazeiras, desde a década de 1970, o hospital cumpre tradicionalmente o seu papel assistencial para a população da região, com a prestação de serviços na área da saúde da criança e do adolescente. Em 2011, foi doado para a Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) a fim de ampliar o seu propósito, tornando-se um hospital de referência para a formação de recursos humanos na área da saúde, por meio do ensino, da pesquisa e da extensão dos alunos de diversos cursos de graduação, pós-graduação e ensino técnico. Foi reconhecido como Hospital Universitário Federal (HUF) em 2013 e, desde dezembro de 2015, está sob a gestão da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), responsável pela composição da força de trabalho que vem proporcionando, entre inúmeros avanços, a expansão dos atendimentos e a implantação de serviços de saúde de média e alta complexidade.

Dentro desse contexto histórico, o livro materializa um esforço coletivo dos profissionais que implantam, no cotidiano, os processos

assistenciais, de ensino e de gestão do hospital. Desse modo, trata-se de uma obra que teve a participação de inúmeros profissionais dos mais diversos setores que compõem o HUIB, sempre contando com a parceria de docentes e discentes da Universidade Federal de Campina Grande, mormente aqueles do campus Cajazeiras.

O eixo assistencial conta com quatro capítulos, os quais abordam aspectos ligados à percepção da enfermagem sobre a segurança do paciente no cuidado à criança hospitalizada; à percepção de enfermeiros sobre o acolhimento com classificação de risco; ao diagnóstico situacional acerca da violência contra crianças e adolescentes; e ao cuidado multiprofissional a uma criança com paralisia cerebral.

Já o eixo de gestão em saúde conta com seis capítulos, os quais abordam assuntos como a implantação da Divisão de Gestão de Pessoas no HUIB sob a ótica da gestão motivacional; a implantação de um sistema informatizado para a gestão da farmácia hospitalar; o uso de aplicativos para o gerenciamento dos estoques hospitalares; o Projeto Medida HUIB na promoção do cuidado da saúde e melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores; a integração de aplicativo de gestão e ferramentas de *Business Intelligence* no HUIB; e as experiências da implantação do laboratório de análises clínicas em um hospital universitário.

Desse modo, almeja-se que as experiências na gestão em saúde e na assistência hospitalar do HUIB contribuam tanto para a formação de futuros profissionais como para o campo da pesquisa nos mais diversos temas aqui abordados.

A todos, um convite à leitura.

Os organizadores

1

PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE A SEGURANÇA DO PACIENTE NO CUIDADO DISPENSADO À CRIANÇA HOSPITALIZADA

Geovannya Iran de Santana Andrade

Kennia Sibelly Marques de Abrantes

Geofabio Sucupira Casimiro

Kildery Marques de Abrantes

Esther Dias Pedrosa

INTRODUÇÃO

O ambiente hospitalar, devido à sua macrocomplexidade, oferece diversos riscos para a segurança do paciente (SP), que podem levar a eventos adversos (EAs) e resultar em efeitos negativos aos acometidos (SOUZA *et al.*, 2014). Assim, as instituições de saúde e seus profissionais devem se empenhar cada vez mais para garantir uma assistência livre de erros e de danos.

A garantia da segurança nos cuidados prestados nos serviços de saúde é um tema bastante trabalhado e debatido no contexto atual.

Todos os envolvidos nessa área precisam compreender a temática. Com base nisso, a SP pode ser definida como a “ausência de dano evitável ao paciente durante o processo de cuidado a saúde” (WEGNER *et al.*, 2017, p. 2) ou como o “conjunto de ações voltadas à proteção do paciente contra riscos, eventos adversos (EAS) (incidente que resulta em danos à saúde) e danos desnecessários durante a atenção prestada nos serviços de saúde” (BRASIL, 2017, p. 11).

Considerando que a SP é estreitamente relacionada à ocorrência de EAS, é necessário conceituar EAS como os acontecimentos indesejáveis, ou que podem ser evitados, que acontecem durante a assistência em saúde e que, quando ocasionados, podem gerar danos aos pacientes e interferir nas funções corpóreas ou ainda causar efeitos nocivos que comprometam seu quadro clínico, o que pode ocasionar lesões, incapacidades físicas ou, até mesmo, a morte (LIMA *et al.*, 2017).

Historicamente, o tema sobre SP surgiu a partir de um processo gradativo que proporcionou a criação de diversos outros programas, redes e políticas que tratassem sobre o tema. A publicação do relatório *Errar é humano*, do Institute of Medicine dos Estados Unidos, impulsionou o surgimento e uma mobilização mundial sobre a promoção da SP na atenção à saúde. Em seguida, aconteceram outros fatos, como a criação da Aliança Mundial para a SP, em 2004, pela Organização Mundial da Saúde (OMS); da Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), originada em 2008; e do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), em 2013, pelo Ministério da Saúde (MS), através da Portaria nº 529, que instituiu o tema como política de saúde no cenário brasileiro (WEGNER *et al.*, 2017).

A segurança nos cuidados prestados deve ser dada a qualquer indivíduo e em qualquer situação, porém, quando se trata do público pediátrico, deve-se ter em mente uma assistência diferenciada, que

não envolva somente a criança, mas também todas as esferas a ela ligadas. Botene e Pedro (2014) referem que a criança hospitalizada necessita de uma atenção diferenciada por parte dos profissionais de saúde, devido as fragilidades e peculiaridades inerentes e próprias do seu processo de desenvolvimento e crescimento.

No contexto hospitalar, a Enfermagem tem a responsabilidade de garantir um cuidado livre de imprudência, imperícia ou negligência. Considerando que, para melhorar a assistência, esses princípios são bases fundamentais, a imprudência pode ser caracterizada como o ato de omitir ou desproteger de cautela para determinada ação. Já a negligência pode ser entendida como omissão, descumprimento ou abstenção da realização de deveres que determinada situação exige; e a imperícia é a realização de prática sem o conhecimento técnico-científico necessário (SILVA *et al.*, 2017). Neste sentido, é possível determinar que a segurança na assistência ao paciente começa a ser estabelecida a partir do momento em que os cuidados prestados aos indivíduos nos serviços de saúde encontram-se livre de imprudência, negligência e imperícia.

Compreender bem o assunto e ter um bom embasamento teórico é fundamental para nortear as práticas profissionais, razão por que é sobremaneira importante aprimorar os conhecimentos que permeiam a temática em questão. Com base nisso, alguns estudos demonstram elementos que interferem na SP, entre eles, a formação inadequada dos profissionais e o vínculo empregatício que não proporciona estabilidade ao trabalhador, o que se configura como um aspecto fundamental para justificar a pouca compreensão por parte dos profissionais sobre a temática em questão e, conseqüentemente, a ocorrência de EAS (BAMPI *et al.*, 2017).

Para que a questão sobre SP possa estar cada vez mais presente e seja fundamental para a assistência do profissional em saúde, é indispensável que esse assunto seja trabalhado ainda durante o

processo de formação acadêmica, pois, como afirmam Eberle e Silva (2016), esse conteúdo deve ser claramente abordado nos currículos dos cursos de Enfermagem e, como metodologia, devem-se criar meios para integrar o conteúdo acadêmico à prática do cuidado.

Assim, tendo em vista o exposto, entende-se que é importante garantir o cuidado livre de erros. Para isso, é preciso compreender e aperfeiçoar-se sobre o tema em questão para evitar erros, principalmente quando se trata de pacientes pediátricos. Assim, a pergunta desta pesquisa é: qual a percepção dos profissionais de Enfermagem sobre a segurança do paciente no cuidado voltado para a criança hospitalizada? Para responder a ela, o objetivo do estudo é descrever a segurança do paciente na percepção da equipe de enfermagem que atua na Unidade de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente de um hospital universitário.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem quantitativa, que possibilita o entendimento acerca da percepção da equipe de Enfermagem sobre SP.

O estudo foi desenvolvido na Unidade de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente, setor de internamento de um hospital universitário do município de Cajazeiras, Paraíba, Brasil – o Hospital Universitário Júlio Bandeira (HUIB), um hospital importante, por propiciar apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão para a formação no campo da saúde, e prestar serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade.

A população estudada foram os profissionais da equipe de Enfermagem, enfermeiros e técnicos atuantes na clínica de internação

do HUIB. Não foi estipulado inicialmente o quantitativo numérico de profissionais que participariam do estudo, uma vez que se utilizou a amostragem não probabilística por conveniência, em que o pesquisador selecionou membros da população mais acessíveis. Porém, levando-se em consideração que, na época, existia um quantitativo de 40 profissionais de enfermagem (enfermeiros e técnicos), dos quais 36 compunham a escala do setor de internamento, estes foram considerados como possíveis participantes da pesquisa.

Como critério de inclusão, foram selecionados os profissionais que estavam em exercício profissional no momento da coleta dos dados; e de exclusão, os que estavam atuando nos setores administrativos e em período de férias, licença ou afastamento do serviço no momento da coleta dos dados. A partir da análise dos critérios de inclusão e de exclusão estabelecidos, a população final do estudo foi composta de 28 profissionais de enfermagem.

Para coletar os dados, foi aplicado um questionário com perguntas abertas e fechadas, que contemplou questões relativas à caracterização dos participantes, incluindo as variáveis “sexo”, “idade”, “tempo de atuação na Enfermagem e no setor de internamento do HUIB” e “se havia participado de alguma capacitação relacionada à SP”, assim como a “percepção sobre SP”. Para aplicar o questionário, recorreu-se à entrevista pessoal, em que foram feitas as perguntas aos entrevistados e anotadas as respostas. Tomou-se o cuidado de não distorcer ou influenciar as respostas, para evitar expressar aprovação ou crítica sobre as respostas dos entrevistados.

A fim de preservar a identidade dos participantes da pesquisa, as falas obtidas por meio do questionário foram codificadas pela letra “E” – de entrevista – e o número equivalente à sequência da aplicação dos questionários. Os dados foram coletados em um período de 60 dias alternados e abrangeram tanto o serviço diurno quanto o noturno. Os dados coletados dos questionários foram analisados

segundo estatística simples e confrontados com o que dispõe a literatura.

O estudo foi realizado respeitando-se os aspectos éticos de pesquisa que envolve seres humanos e seguindo fielmente as observâncias éticas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, como confidencialidade dos dados, anonimato, desistência a qualquer momento da pesquisa e permissão para publicá-la, principalmente no cumprimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que trata da participação voluntária. O projeto deste estudo foi enviado para a Plataforma Brasil, para ser avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade Santa Maria/PB (FSM), e foi aprovado no dia 05/12/2017 com parecer favorável de número 2.415.728.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta seção, concentram-se os resultados da pesquisa. Na explanação dos dados, será apresentada, inicialmente, a caracterização dos sujeitos da pesquisa e, posteriormente, os resultados quanto à percepção da equipe de Enfermagem sobre a SP.

CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA

Para caracterizar o perfil dos sujeitos envolvidos na pesquisa, foram utilizadas as seguintes variáveis: idade, sexo, categoria profissional, participação em capacitação sobre SP e tempo de profissão e de atuação no HUIB. Os dados foram demonstrados em tabelas para facilitar a visualização dos resultados obtidos.

TABELA 1 – CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM QUE ATUA NA UNIDADE DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DO HUIB, CAJAZEIRAS, PB, 2018

VARIÁVEIS		N	%
IDADE	20 A 30 ANOS	4	4,3
	31 A 40 ANOS	16	57,2
	41 A 50 ANOS	6	21,4
	>50 ANOS	2	7,1
SEXO	FEMININO	27	96,4
	MASCULINO	1	3,6
CATEGORIA PROFISSIONAL	ENFERMEIRO	11	39,3
	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	17	60,7
REALIZOU CAPACITAÇÃO SOBRE SP	SIM	15	53,6
	NÃO	13	46,4
TEMPO DE PROFISSÃO	1 A 6 ANOS	5	17,9
	7 A 12 ANOS	10	35,7
	13 A 19 ANOS	10	35,7
	>20 ANOS	3	10,7
TEMPO DE ATUAÇÃO NO HUIB	1 MÊS A 6 ANOS	15	53,6
	7 A 12 ANOS	6	21,4
	13 A 19 ANOS	5	17,9
	>20 ANOS	2	7,1

Fonte: Dados da pesquisa (2018).

A amostra estudada foi de 28 profissionais. Destes, 11 (39,3%) são enfermeiros e 17, (60,7%) técnicos de enfermagem. Quanto ao sexo, 27 (96,4%) participantes são mulheres, e 1 (3,6%), homem. O estudo mostrou, ainda, que 57,2% têm entre 31 e 40 anos de idade, e a maioria, entre 7 e 19 anos de tempo de profissão.

No que diz respeito à participação em capacitações relacionadas à SP, verificou-se que 53,6% participaram de alguma capacitação, e 46,4% disseram que não haviam participado, o que demonstra que os profissionais devem fazer mais atividades para compreender e abranger conhecimentos sobre o tema. A não participação em capacitação sobre o assunto pode ser justificada pelo recente surgimento desse tema no contexto atual, porquanto só em 2013 foi que a formação em SP passou a ser um fator imperativo no Brasil (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Isso também justifica o fato de a maioria dos participantes ter pouco domínio e percepção sobre o tema e não saber como agir ou até atuar de maneira equivocada quando ocorre um erro. Por isso, essas questões devem ser revistas, porque, como a equipe de Enfermagem é responsável por acompanhar o paciente em seu processo de hospitalização, esses profissionais são fundamentais para promover a SP. Para isso, são necessárias capacitações que visem disseminar conhecimentos para reduzir desfechos indesejáveis (BOGARIN *et al.*, 2014). Dessa maneira, a instituição de saúde também é decisiva para determinar a participação dos profissionais em capacitações.

Quanto ao tempo de atuação no hospital, a maioria (53,6%) se concentrou entre um mês e seis anos. Ao considerar a menor variável estabelecida para esse item, observa-se que existem profissionais que atuam há pouco mais de um mês na referida instituição de saúde. O pouco tempo de atuação pode interferir e está relacionado ao fato de esses profissionais não conhecerem os protocolos instituídos, as normas e as rotinas do serviço relacionadas à SP. Nesse sentido, Eberle e Silva (2016) mostram que, para efetivar a SP nas instituições de saúde, é de extrema importância que, além de aplicarem suas habilidades no serviço, os profissionais conheçam as normas, os protocolos e os demais documentos adotados pela instituição.

PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE A SEGURANÇA DO PACIENTE

Com o objetivo de entender a percepção dos profissionais a respeito da SP, eles foram perguntados sobre o que compreendiam do conteúdo em questão. Com os discursos obtidos, foram constatados estes resultados: treze (46,4%) dos profissionais entendem a SP como a realização de procedimentos assistenciais seguros; oito (28,6%) definiram o tema como a diminuição de riscos e danos desnecessários ao paciente durante a assistência em saúde; quatro (14,3%) relacionaram a temática à confiança que o paciente estabelece com os profissionais e o hospital; e três (10,7%) a entendem como um método para identificar o paciente.

Observou-se que a maioria dos profissionais entendia a SP como a realização de procedimentos assistenciais seguros. Em suas falas, citaram questões relacionadas ao cuidado com o paciente pediátrico, à medicação quanto a via, validade, horário, dosagem e administração correta e aos cuidados com cateterismo vesical, por exemplo, como demonstrado nestes discursos:

SP é garantir todo o cuidado sobre os procedimentos relacionados aos pacientes como, por exemplo, a colocação de sondas, cuidados com medicamentos, enfim garantir a segurança física desse indivíduo enquanto estiver sobre os cuidados do hospital. (E20)

(...) acredito que seja tudo relacionado com a prestação de um cuidado seguro, como administrar medicamento na hora certa, identificar corretamente o paciente, colher material para exame de forma segura, essas coisas. (E09)

A Classificação Internacional de Segurança do Paciente (ICPS), proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS), caracteriza a SP como a redução de danos e riscos ao paciente associada ao cuidado em saúde, assim como a redução de erros que podem resultar em EAS por causas que poderiam ser evitadas (SIMAN; BRITO, 2016). Assim, os profissionais enquadrados nesse grupo foram os que não mencionaram em suas falas descritores como “redução e/ou prevenção de danos” e “eliminação de EAS”.

Embora os cuidados com a realização de procedimentos assistenciais sejam importantes para garantir a SP, a compreensão dessa temática deve ter uma abrangência ainda maior, porquanto a SP não está relacionada apenas à realização de procedimentos seguros, mas também à prevenção na ocorrência de erros e de danos que possam resultar em EAS. No estudo realizado por Duarte *et al.* (2015), os autores concluíram que, entre as principais ocorrências de EAS na assistência de enfermagem, foram citados aspectos relacionados à não prevenção de danos e à vigilância do paciente com a ocorrência de quedas do leito e da própria altura e de eventos relacionados à manutenção da integridade cutânea, com a não realização da mudança de decúbito e do posicionamento inadequado do paciente no leito.

Os profissionais que entendiam a SP como a diminuição de riscos e danos desnecessários ao paciente durante a assistência em saúde (28,6%) foram enfáticos em seus discursos ao não associarem a temática a nenhum procedimento e cuidado específico, demonstrando conhecimento e entendimento sobre a questão, como evidenciado nestas falas:

SP está relacionado a todo o hospital com os profissionais de saúde buscar reduzir ao máximo possível os riscos e danos desnecessários, ou seja, que podem ser evitados e que estejam ligados à assistência à saúde do paciente. (E25)
SP está relacionado com a prevenção de erros por

parte da equipe de saúde, que frequentemente pode levar a EAS. (E27)

Para mim, SP é poder garantir a redução de riscos de danos que podem ser evitados durante a assistência ao paciente enquanto ele estiver no ambiente hospitalar. (E28)

Os relatos estão de acordo com o que propõe a literatura. Nessa perspectiva, é possível associar a percepção apresentada ao conhecimento adquirido durante o processo de formação e realização de capacitação desses profissionais, pois todos os que apresentaram respostas condizentes com a literatura haviam participado de capacitações sobre o assunto. Com base nisso, é muito importante trabalhar os fatores relacionados à SP durante as atualizações, pois isso dará suporte ao profissional para que ele desenvolva ações que possibilitem a implantação da cultura de SP nas instituições de saúde (ILHA *et al.*, 2016).

Quando a equipe de Enfermagem compreende a SP, isso contribui para efetivar o que é preconizado pelo Código de Ética, cujo artigo 16 refere que a assistência de enfermagem deve ser segura e livre de danos, seja por imperícia, negligência ou imprudência (ROSA *et al.*, 2015).

O terceiro grupo, composto de 14,3% dos participantes desta pesquisa, correlacionou a SP à confiança que o paciente estabelece com os profissionais e o hospital. Por esse viés, os participantes relataram que a confiança estabelecida com o paciente era essencial para garantir sua segurança, como mostram estes discursos:

Eu acredito que SP é o hospital, juntamente com os profissionais que trabalham nele, estabelecer relação e meios que garantam a confiabilidade do paciente no serviço, como, por exemplo, garantindo uma identificação correta e acessível. (E03)
SP é quando o paciente se sente seguro com a as-

sistência que está recebendo, tem confiança no profissional, sabe que ele está fazendo as coisas de forma correta e oferece a segurança para ele, além do conforto que ele está sendo bem assistido e recebendo os procedimentos corretos. (E11)

A relação de confiança descrita pelos profissionais é fator importante para uma relação interpessoal que auxilie o processo de hospitalização, pois, com os cuidados prestados, os usuários são capazes de reconhecer e manter uma relação de confiança e credibilidade com os profissionais que os acompanham (SCHIMITH *et al.*, 2011). Contudo, a confiança entre usuários e profissionais pode não ser tão efetiva para garantir sua segurança. Essa relação é efetiva para a SP quando compartilhada entre os profissionais e os gestores da instituição de saúde, porque, com elos de confiança firmados, os erros e os danos causados ao paciente podem ser expostos mais claramente pelos profissionais, e a instituição poderá intervir ajudando a efetivar ações para firmar a cultura de SP e, concomitantemente, prestar uma assistência mais segura (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015).

Pelas oratórias descritas, percebe-se que os participantes colocam o tema em questão como uma responsabilidade restrita aos profissionais e ao serviço de saúde. Porém, as várias partes envolvidas nesse tema são peças importantes para que nenhum dano ocorra com o paciente. Assim, a SP é de responsabilidade não só dos profissionais e do hospital, mas também do próprio paciente, de pesquisadores, de todos os órgãos governamentais e da sociedade em geral (LIMA, 2014).

As falas também demonstraram que 10,7% dos profissionais compreendiam SP como um método para identificar o paciente.

A SP é um método de identificar o paciente para evitar erros e prestar uma assistência de boa qualidade. (E10)

Quando assumem esse discurso, os sujeitos da pesquisa demonstram ter pouca percepção sobre o tema e não conhecer as seis metas estabelecidas e acordadas pela OMS para garantir a SP, as quais visam reduzir os erros e ampliar o número de práticas seguras nos serviços de saúde, quais sejam: identificar o paciente corretamente; melhorar a comunicação efetiva e a segurança dos medicamentos de alta vigilância; assegurar cirurgias com local de intervenção, procedimento e paciente corretos; e reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde e o risco de lesões ao paciente decorrentes de queda. Nesse contexto, a identificação correta do paciente compõe uma das metas para se garantir sua saúde (HOFFMEISTER; MOURA, 2015).

A população estudada, como se pode observar, compreende de formas distintas a SP, e isso causa certas limitações nas práticas profissionais e na disseminação da cultura de SP entre os profissionais e a própria instituição de saúde.

CONCLUSÃO

De acordo com os resultados obtidos, é possível concluir que a equipe de Enfermagem estudada compreende que é importante garantir a SP para proporcionar uma assistência segura, porém os dados mostram que os profissionais têm percepções diferenciadas e que, em muitas circunstâncias, estas não condizem com o que propõe a literatura. Por essa razão, é necessário promover mais atividades de educação permanente e disseminar conhecimentos sobre o tema em questão.

Quando se procura aprimorar a SP e os diversos assuntos que permeiam esse conteúdo, podem-se transformar o ambiente de saúde e seus profissionais, a fim de torná-los mais propícios a estabele-

cer a cultura de SP, na perspectiva de que a assistência em saúde seja cada vez mais qualificada e, sobretudo, mais segura.

Em suma, garantir a SP é sobremaneira importante para uma boa assistência. Isso requer mais comprometimento por parte de todos os envolvidos – profissionais, gestores e pacientes – a fim de que, juntos, possam efetivar as práticas estabelecidas pelo PNSP e de que as ações assistenciais em saúde sejam unificadas.

REFERÊNCIAS

BAMPI, R. *et al.* Perspectivas da equipe de enfermagem sobre a segurança do paciente em unidade de emergência. **Rev enferm UFPE online**. Recife, v. 11, n. 2, fev. 2017. Disponível em: file:///C:/Users/Windows/Downloads/reuol_PERSPECTIVAS%20DA%20EQUIPE%20DE%20ENFERMAGEM%20SOBRE%20A%20SEGURAN%C3%87A%20DO%20PACIENTE.pdf. Acesso em: 27 out. 2017.

BOGARIN, D. F. *et al.* Segurança do paciente: conhecimento de alunos de graduação em Enfermagem. **Cogitare Enferm**. v. 19, n. 3, jul./set. 2014. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/33308/23221>. Acesso em: 09 fev. 2018.

BOTENE, D. Z. A.; PEDRO, E. N. R. Os profissionais da saúde e a higienização das mãos: uma questão de segurança do paciente pediátrico. **Rev Gaúcha Enferm**. Rio Grande do Sul, v. 35, n. 3, set. 2014. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/44306/31526>. Acesso em: 06 out. 2017.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Pacientes pela segurança do paciente em serviços de saúde**: como posso contribuir

para aumentar a segurança do paciente? Orientações aos pacientes, familiares e acompanhantes/ Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: ANVISA, 2017. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Como+posso+contribuir+para+aumentar+a+seguran%C3%A7a+do+paciente/52efbd76-b692-4boe-8b-70-6567e532a716>. Acesso em: 15 out. 2017.

DUARTE, S. C. M. *et al.* Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm**. Brasília, v. 68, n. 1, fev. 2015. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000100144&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 27 out. 2017.

EBERLE, C. C.; SILVA, A. P. S. S. Compreensão de estudantes de enfermagem sobre a segurança do paciente. **Revista Baiana de Enfermagem**. Salvador. v. 30, n. 4, out./dez. 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/Windows/Downloads/21701-74819-1-PB.pdf>. Acesso em: 27 out. 2017.

HOFFMEISTER, L. V.; MOURA, G. M. S. S. Uso de pulseiras de identificação em pacientes internados em um hospital universitário. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. V. 23, n. 1, jan.-fev. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n1/pt_0104-1169-rlae-23-01-00036.pdf. Acesso em: 15 fev. 2018.

ILHA, P. *et al.* Segurança do paciente na percepção de acadêmicos de Enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 5, ago. 2016. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/43620>. Acesso em: 13 fev. 2018.

LIMA, F. D. M. A segurança do paciente e intervenções para a qualidade dos cuidados de saúde. **Revista Espaço para a Saúde**. Londrina v. 15, n. 3, jul./set. 2014. Disponível em: file:///C:/Users/Windows/Downloads/18190-84575-2-PB%20(1).pdf. Acesso em: 15 fev. 2018.

LIMA, K. P. *et al.* Fatores contribuintes para ocorrência de eventos adversos em unidade de terapia intensiva: perspectiva do enfermeiro. **Rev enferm UFPE online**. Recife, v. 11, n. 3, mar. 2017. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/10027/pdf_2621. Acesso em: 15 out. 2017.

NOGUEIRA, J. W. S.; RODRIGUES, M. C. S. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: um desafio para a segurança do paciente. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 3, set. 2015. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/40016>. Acesso em: 16 fev. 2018.

OLIVEIRA, J. L. *et al.* Segurança do paciente: conhecimento entre residentes multiprofissionais. **Einstein**. São Paulo, v. 15, n. 1, jan./mar. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/eins/v15n1/pt_1679-4508-eins-15-01-0050.pdf. Acesso em: 22 out. 2017.

ROSA, R. T. *et al.* Segurança do paciente na práxis do cuidado de enfermagem: percepção de enfermeiros. **Ciencia y Enfermería** v. XXI, n. 3, 2015. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=370444950004>. Acesso em: 13 fev. 2018.

SCHIMITH, M. D. *et al.* Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. **Trab. educ. saúde**

de (Online), Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, nov. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000300008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 fev. 2018.

SILVA, M. V. R. S. *et al.* Cuidados na administração de medicamentos: as responsabilidades dos profissionais de Enfermagem. **Rev enferm UFPE online**, Recife, v. 11, n. 2, fev. 2017. Disponível em: file:///C:/Users/Windows/Downloads/10198-98275-1-PB.pdf. Acesso em: 27 out. 2017.

SIMAN, A. G.; BRITO, M. J. M. Mudanças na prática de enfermagem para melhorar a segurança do paciente. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 37, n. spe, abr. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.68271>. Acesso em: 27 out. 2017.

SOUZA, F. T. *et al.* Percepção da Enfermagem sobre os fatores de risco que envolvem a segurança do paciente pediátrico. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [S.l.], v. 4, n. 1, jul. 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/8781>. Acesso em: 27 out. 2017.

WEGNER, W. *et al.* Segurança do paciente no cuidado à criança hospitalizada: evidências para enfermagem pediátrica. **Rev Gaúcha Enferm**. Rio Grande do Sul, v. 38, n. 1, mar. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.68020>. Acesso em: 15 out. 2017.

IMPLANTAÇÃO DA DIVISÃO DE GESTÃO DE PESSOAS NO HUIB SOB A ÓTICA DA GESTÃO MOTIVACIONAL

Alexandra Vieira Batista
Hamylla Haianny Araújo Silva
José Eliton Pereira
Rozane Pereira de Sousa
Tayrine Matias de Paula

INTRODUÇÃO

O atual cenário da administração pública sofre influência de diversos movimentos organizacionais. Diante dessa perspectiva, a gestão de pessoas assume o papel de promover as políticas e práticas necessárias para conduzir os aspectos relacionados às “pessoas”, ou recursos humanos, dentro das organizações.

As atividades da Divisão de Gestão de Pessoas (DivGP), do HUIB, começaram a ser estruturadas a partir de 1 de agosto de 2016, com a nomeação da chefe da DivGP. Entretanto, pode ser considerada como o início, de fato, dos trabalhos, da composição e do efetivo

desenvolvimento da citada divisão a participação da sua chefia no curso Gestão de Hospitais Universitários Federais no SUS, na versão conhecida como terceira edição, resultado da parceria entre a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH e o Hospital Sírio-Libanês – HSL. Nessa terceira edição do curso, foram capacitados profissionais e gestores de doze hospitais universitários e congêneres, situados em dez estados da federação, incluindo, a equipe de gestores do HUIB-UFGG.

Conhecimentos sobre a gestão contemporânea, competências do gestor e todas as premissas aportadas nas reflexões e trabalhos, durante os encontros do curso, propiciaram um alerta à construção da Divisão de Gestão de Pessoas do HUIB-UFGG, com reflexões acerca dos desafios e necessidades postas à chefia.

O desafio recebido pela DivGP foi o de construir um serviço pautado em processos e relações organizacionais mais saudáveis, além de desenvolver indicadores e estratégias relacionados à quantificação, à distribuição, à qualificação e à capacitação da força de trabalho do HUIB.

Nesse processo de construção, considerou-se que as pessoas dentro das organizações passaram de simples empregados a colaboradores de voz ativa e tornaram-se os grandes responsáveis pelo seu sucesso, vindo a ser olhados com muita atenção. Junto a essa transformação, vieram a valorização, os incentivos e os treinamentos para a retenção de talentos que progredissem em conjunto ao objetivo da empresa (CHIAVENATO, 1992).

Com esse olhar pragmático, buscou-se a integração dos processos internos e, a partir destes, um meio de relacionamento com o ambiente externo, como elos que aproximam melhor as informações veiculadas através desses processos, desde trabalhos internos no hospital até a busca de atores que contribuíssem com o serviço. Esta visão, denominada como sistêmica, tem aporte em Lopes (2012), que a define como sendo a capacidade profissional de “ver” a empresa

como um todo, entender como funcionam e se integram seus processos de obtenção, a transformação e a entrega de seus serviços e informações ao mercado e, particularmente, aos seus clientes. Neste caso à Rede de Atenção à Saúde (RAS) e à Universidade Federal de Campina Grande.

Aportando-se na necessidade de implementar uma gestão contemporânea no Hospital Universitário Júlio Maria Bandeira Mello, em especial na Divisão de Gestão de Pessoas, e fazendo uso da visão sistêmica, inicia-se a busca por entender e, sobretudo, envolver-se com os processos internos do hospital até o inter-relacionamento com a Rede de Atenção à Saúde, focando no contexto de humanização dos serviços para os profissionais e, conseqüentemente, para os usuários.

Não chegaremos a uma saúde humanizada sem que haja mais planos, ações, programas e políticas que sejam desenvolvidos pondo, no centro das decisões, o ser humano como o propulsor, o transmissor, o responsável por humanizar a atenção à saúde.

De forma a contribuir com essa longa caminhada em busca do profissional humanizado na rede hospitalar, podemos explicitar, segundo Gomes e Paula (2016), o programa Crescer com Competência – implantação da gestão por competência nos hospitais universitários federais, filiados à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH.

Esse programa teve início em 2014 com o objetivo de proporcionar o crescimento profissional dos colaboradores, dos hospitais contratualizados com a EBSERH, mediante a identificação das necessidades de desenvolvimento de competências, apontadas na gestão do desempenho, para viabilizar o alcance dos objetivos da organização.

Na 1ª fase do programa, são mapeadas ou revisadas as competências organizacionais, individuais fundamentais e gerenciais. A 2ª fase consiste na gestão do desempenho por competências quando, a partir das metas instituídas pela empresa, são pactuadas as metas

das equipes de trabalho, as responsabilidades de cada integrante da equipe para o alcance dessas metas, e identificada a importância de cada competência para o desenvolvimento dessas responsabilidades. Ao final do período avaliativo, são apurados os resultados e identificadas as lacunas de competências. Na 3ª fase, é elaborado o plano de desenvolvimento de competências para minimizar as lacunas identificadas e melhorar o desempenho profissional. O programa é um instrumento de gestão alinhado aos objetivos estratégicos da empresa, à Política de Educação Permanente do SUS e ao Decreto nº 5.707, de 23 de fevereiro de 2006.

Apropriados desses conhecimentos, torna-se mais fácil refletir que há uma preocupação generalizada em relação ao tema e que sua importância é entendida por todas as esferas, devendo ser priorizada pela gestão de pessoas dos hospitais universitários, por meio da busca da maximização do valor do capital humano da organização, que, em última análise, determina a capacidade de prestação de serviços à sociedade.

Observa-se que, na maioria dos serviços de saúde, a administração está dissociada da assistência. No entanto, deve-se superar esse paradigma, uma vez que há necessidade de comunicação entre os setores e, em particular, uma proximidade do setor de Gestão de Pessoas dentro dos processos que constituem os serviços hospitalares, além de uma visão integrada à Rede de Atenção à Saúde e às atividades de ensino, pesquisa e extensão.

Assim, a construção do setor de Gestão de Pessoas priorizou uma visão sistêmica dentro do hospital, com o objetivo de aproximar-se da realidade dos empregados, de suas rotinas, vivências e realidades singulares, abandonando propostas que tratassem as questões de pessoal de forma isolada, desenvolvendo uma postura proativa e formando elos entre a gestão e os colaboradores.

Uma das ferramentas que podem oportunizar a construção do elo entre gestão e colaboradores compreende a motivação profissio-

nal. Para melhor aproveitamento dessa ferramenta, a DivGP buscou aporte teórico em Maslow (2000), a fim de reunir subsídios científicos para aplicação da motivação como modelo de gestão.

A Pirâmide de Maslow, ou a Hierarquia das Necessidades de Maslow, é um conceito criado pelo psicólogo norte-americano Abraham H. Maslow, que determina as condições necessárias para que cada ser humano atinja a sua satisfação pessoal e profissional, conforme observa-se na Fig. 1.

FIGURA 1 – PIRÂMIDE DE MASLOW



Fonte: Maslow (2000, p. 105).

De acordo com a ideia de Maslow, os seres humanos vivem para satisfazer as suas necessidades, com o objetivo de conquistar a sonhada autorrealização plena. O esquema descrito na Pirâmide de Maslow trata justamente da hierarquização dessas necessidades ao longo da vida do ser humano.

A motivação, sem dúvida, é exclusivamente interna a cada indivíduo, aspecto pelo qual podemos dizer que ninguém motiva ninguém. Porém, os gestores devem entender que, na organização, para funcionar no contexto de produção/competitividade, faz-se necessário que os grupos sejam trabalhados com o estímulo externo de motivação para que ela ocorra. Para isso, é preciso incentivar os gestores a utilizarem várias ferramentas de trabalho, tais como atividades que se assemelhem à prática, de forma lúdica, para que haja rendimento no trabalho.

O funcionário que tem motivação possui vontade de realizar os trabalhos que lhe competem, tem vontade de ter conhecimentos que aprimorem o seu desempenho no trabalho e tem compromisso com a organização.

A Divisão de Gestão de Pessoas na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH possui uma estrutura funcional que trabalha focada em duas vertentes: administração de pessoal e desenvolvimento de pessoas. Entretanto, com o objetivo de desenvolver o tema aludido, torna-se necessário destacar a atuação do Serviço de Capacitação e Avaliação de Desempenho – SECAD.

Assim, o ano de 2017 foi muito significativo para esta Divisão no HUIB, seguindo uma sequência dos trabalhos e estudos iniciados em 2016, conforme exposto anteriormente, com o objetivo de planejar a composição da equipe e, compreendendo a sua responsabilidade, integrar os novos empregados e mantê-los cientes de seus direitos e deveres, além de executar as inúmeras ações que envolveriam esse processo.

Pode-se então destacar a contratação dos profissionais concursados para compor esta equipe e desenvolver as atividades pertinentes à gestão de pessoas deste Hospital como um marco. A primeira integração ocorrida em 01 de agosto de 2017 deixou como legado, para esta Divisão, um início de atividades nunca antes vivenciadas (Fig. 2).

FIGURA 2 – PRIMEIRA REUNIÃO DE PLANEJAMENTO DIVGP – 2017



Fonte: DIVGP/HUIB.

Foi um desafio colocar em prática, na equipe, todo o planejamento e aprendizado em conformidade com o desenvolvimento das ações pertinentes a esta Divisão. Mas pode-se avaliar que houve uma conformidade em todos os setores, haja vista que os empregados aplicaram as capacitações, as rodas de conversas e seus planos de tarefas com alto padrão de qualidade, aspectos refletidos na execução das ações planejadas com sucesso.

O Serviço de Capacitação e Avaliação de Desempenho (SECAD) foi composto por uma psicóloga organizacional e um assistente administrativo. Foi colocada, enquanto desafio, a socialização das seguintes normas operacionais: Norma Operacional de Progressão Horizontal e Vertical, Pós-Graduação, Capacitações, Gestão de Desenvolvimento por Competências, Avaliação de Desempenho em Período de Experiência e Movimentação de Pessoal. Para a continuidade da excelência no atendimento e no serviço, fez-se, e continuará se fazendo necessária, a revisão contínua de tais normas.

Faz-se mister destacar como trabalhos de 2017 as atividades coordenadas por este serviço, junto à Comissão de Motivação e Transição do HUIB/UFCG, buscando alternativas para a entrega dos resultados do questionário “Memória Institucional”, que teve como principal objetivo propiciar um momento de acolhimento e escuta qualificada para os profissionais com vínculos precarizados.

Sabendo da importância deste momento diferenciado, foi preparado um fôlder personalizado com os resultados de cada categoria profissional e, dentro dele, um espaço no qual os colaboradores puderam escrever sobre o que poderia ser feito para manter e/ou elevar a motivação e a satisfação, colocando suas considerações dentro de uma urna.

Posteriormente a essas etapas, criaram-se os encontros para a entrega dos resultados, o que aconteceu de modo individualizado ou em duplas, a depender da categoria e da disponibilidade dos profissionais. O espaço foi organizado com poltronas, música instrumental, luminária, e almofadas, propiciando um momento de escuta à equipe, impactando e repercutindo positivamente (Fig. 3).

FIGURA 3 – MOMENTO DE ESCUTA – TRABALHO CMT



Fonte: DivGP/HUIB.

Em seguida, os dados do fôlder foram tabulados e analisados por toda a Comissão para planejamento das ações futuras. Assim, a Comissão reuniu-se com o setor de Nutrição, que foi o mais levantado pelos profissionais, para apresentar os dados obtidos ao longo das escutas.

Além das atividades acima elencadas, houve também as atividades relativas ao programa de desenvolvimento de competências intitulado Crescer com Competência, que visa ao crescimento profissional dos colaboradores mediante a identificação das lacunas de competências apontadas na gestão de seu desempenho (Fig. 4).

Inicialmente, foram realizados estudos para conhecer o programa e, posteriormente, aplicá-lo. Para que as chefias pudessem ter mais familiaridade com o programa, quando este fosse totalmente implementado em 2018, foram realizadas oficinas nos laboratórios da UFCG e do IFPB, as quais foram de grande valia para as chefias.

A sistemática de gestão de desempenho que está sendo implementada é voltada para o desenvolvimento das competências individuais dos colaboradores da EBSEH, visando assim alcançar resultados organizacionais e atender às necessidades dos usuários dos serviços de saúde. Com essas oficinas, iniciamos as atividades para a elaboração do plano de trabalho de todos os colaboradores: estatutários e celetistas, o que faz parte da etapa de planejamento, primeira etapa da Gestão do Desempenho por Competências (GDC).

Assim, a EBSEH destaca a importância da participação dos servidores estatutários nos processos da GDC, sendo fundamental a elaboração do plano de trabalho também por esses profissionais, inclusive pelos que ocupam cargos de chefia. Ademais, é muito importante a capacitação das chefias para estarem à frente desse processo, que é de extrema importância para os empregados, tendo em vista que a etapa será avaliada em suas progressões.

FIGURA 4 – PRIMEIRA OFICINA CRESCER COM COMPETÊNCIA



Fonte: DivGP/HUJB.

Outra atividade realizada pelo SECAD foi o estudo e a implantação inicial do Banco de Talentos, sendo a fase de cadastramento de dados a primeira a ser instituída. No entanto, cabe salientar que tal cadastramento foi realizado fora do prazo estipulado pela Sede e que as demais fases serão implementadas posteriormente, dentro do prazo a ser divulgado.

Nesta linha de trabalho, focando momentos que propiciassem o bem-estar dos empregados, foi elaborada uma campanha intitulada Celebrar, que teve o envolvimento de vários setores, com destaque para a execução por meio da DivGP e da assessoria de imprensa.

O planejamento e a execução desta atividade demandaram dias e muito comprometimento das equipes. A campanha teve a elaboração de uma logomarca e de seus aplicativos. Em sua primeira etapa, no dia 03/10/2017, foi enviado um recado personalizado para todos os colaboradores; a segunda etapa foi realizada no dia 09/10 com

a entrega de textos, também de forma personalizada; e a terceira etapa culminou com um convite para a participação do evento. O convite também foi personalizado, feito em CD com músicas que levavam como trilha sonora a música “Celebrar”, objeto do evento. Todas essas etapas evidenciaram o cuidado com os colaboradores, que logo perceberam e foram envolvidos por momentos de descontração e diversão.

Finalmente, o dia da realização do evento foi 31/10/2017, às 15h, com destaque para a adesão. A campanha resultou em um fluxo de informação de excelência, pois todos tiveram conhecimento dela e as ausências foram justificadas. Os participantes realizaram ginástica laboral, participaram de um coral, de uma roda de diversão, etc. (Fig. 5). Foram unânimes ao relatarem o quanto estavam satisfeitos com aquele momento.

FIGURA 5 – EVENTO CELEBRAR



Fonte: DivGP/HUJB.

No ano de 2018, as atividades do SECAD seguiram suas metas, tornaram-se robustas e demandaram mais da equipe de trabalho, com destaque para as atividades desenvolvidas junto às integrações, que foram realizadas com os novos empregados, inclusive a organização da maior integração (61 pessoas), quando ocorre a recepção do profissional, a apresentação institucional da equipe gestora da Divisão de Gestão de Pessoas, além do momento com a chefia, da visita ao Hospital, da leitura e da assinatura do contrato.

Contudo, vale salientar que, antes disso, há a realização de procedimentos administrativos de planejamento e preparação, para que a integração ocorra em local e hora definidos e conte com os insumos necessários.

A integração do mês de junho foi a maior ocorrida até aquele momento, a qual exigiu muita organização e controle de todos os membros da DivGP. Ao final do evento, foram feitos muitos elogios à organização da integração, que finalizou o primeiro semestre com saldo positivo, marcando a estrutura organizacional constituída por profissionais 100% vinculados à EBSEH e destituindo-se a vinculação precária anteriormente estabelecida no HUIB (Quadro 01).

QUADRO 01 – QUANTIDADE DE PESSOAS INTEGRADAS EM 2018

JAN. (6ª INT.)	FEV.	MAR.	ABR. (7ª INT.)	MAIO (8ª INT.)	JUN. (9ª INT.)	JUL. (10ª INT.)	AGO.	SET.	OUT.	NOV.
01	-	-	09	03	11	61	29	13	-	32

Fonte: DivGP HUIB/2018.

Assim, preocupados com a motivação e a qualidade de vida dos empregados, foi desenvolvido, no segundo semestre de 2018, o projeto MEDIDA HUIB (Fig. 6), que nasceu como uma das ações alusivas à comemoração da Semana da Qualidade do HUIB, pautado em fomentar hábitos saudáveis.

FIGURA 6 – LOGOTIPO



Fonte: DivGP/HUIB.

Sabe-se que as rotinas de trabalho de alguns profissionais, especialmente da área da saúde, acarretam tanto desgaste físico como emocional e podem repercutir negativamente no seu estilo de vida, no comportamento alimentar e na qualidade de sono.

Nesse contexto, além de promover saúde, a adoção de um estilo de vida pautado na alimentação saudável e na prática de atividade física tem potencial para interferir na melhoria do bem-estar, na qualidade e no desempenho das atividades laborais, na menor chance de adoecimento e na redução da possibilidade de absenteísmo.

Assim, esse projeto visou ao empoderamento dos profissionais que trabalham no HUIB, no que diz respeito à adoção de hábitos de vida saudáveis, objetivando a promoção e a proteção da saúde. Além disso, tem como finalidade potencializar a qualidade de vida no trabalho, melhorando o desempenho. O seu início foi marcado pelas inscrições dos participantes, por meio de um formulário on-line. Em seguida, o Serviço de Nutrição organizou-se para aferir as medidas antropométricas dos participantes, que foram divididos em dois grupos no *WhatsApp*, nos quais, semanalmente, eram lançados desafios para que os participantes pudessem cumprir. Foram obser-

vados um notório engajamento de todos os membros dos grupos e a adoção de hábitos de vida mais saudáveis, destacando-se ainda o notável trabalho da equipe da Nutrição para o resultado da atividade, que avaliamos como um sucesso.

Reconhece-se que o trabalho desenvolvido na DivGP teve, em seu escopo, a preocupação contínua em promover a qualidade de vida no trabalho e estimular a motivação no ambiente organizacional, valendo-se das boas práticas de gestão, realizadas em todos os serviços prestados aos colaboradores do HUIB.

REFERÊNCIAS

CHIAVENATO, I. Gerenciando pessoas: o passo decisivo para a administração participativa. São Paulo, 1992.

GOMES, I. I.; DE PAULA, A. M. **Programa Crescer com Competência**—implantação da gestão por competência nos hospitais universitários federais filiados à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH. Painel 07/03. Avanços Recentes na Gestão de Competências no Setor Público, 2016.

LOPES, S. **Visão sistêmica é importante para todos**. 2012. Disponível em: <http://www.administradores.com.br/artigos/negocios/visao-sistematica-e-importante-para-todos/61043>. Acesso em: 10 maio 2016.

MASLOW, A. H. **Maslow no gerenciamento**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2000.

3

FARMÁCIA HOSPITALAR: RELATO DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DE UM SISTEMA INFORMATIZADO

*Alane Rolim Moreira
Nayara Costa Cavalcante
Wemerson Neves Matias
Talita Mendes de Oliveira
Edineide Nunes da Silva*

INTRODUÇÃO

O hospital é uma organização de natureza social que tem por finalidade produzir e oferecer serviços de saúde à população (GOMES; REIS, 2003).

Uma administração hospitalar eficaz necessita que o hospital seja administrado segundo critérios adequados, essencialmente baseados nos pressupostos que caracterizam a moderna administração empresarial. A farmácia hospitalar, como órgão inserido e integrado ao hospital, deve seguir as mesmas diretrizes (GONÇALVES, 1998).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar (SBRAFH), o principal objetivo de uma farmácia hospitalar é contribuir para a qualidade da assistência prestada ao paciente, promovendo o uso seguro e racional de medicamentos e correlatos. Nesse sentido, a farmácia hospitalar deve definir os objetivos necessários para alcançar a eficiência e eficácia na assistência ao paciente e a integração às demais atividades desenvolvidas no ambiente hospitalar (SBRAFH, 2017).

A qualidade da assistência prestada ao paciente depende de diversos fatores, como: um sistema eficaz, eficiente e seguro de distribuição de medicamentos; um sistema adequado de gestão de estoques para fornecimento de subsídios para avaliação de custos com a assistência farmacêutica e para a elaboração de orçamentos; a promoção de suporte para as unidades de produção de propedêutica e terapêutica (GOMES; REIS, 2003).

Para atender a essas demandas, a farmácia hospitalar deve contar com um sistema eficiente de informações, dispor de sistema de controle e manipular corretamente os fatores de custo para o adequado planejamento e gerenciamento do serviço (SBRAFH, 2017).

Nesse sentido, a trajetória do Hospital Infantil de Cajazeiras, hoje Hospital Universitário Júlio Bandeira (HUIB), vem concentrando esforços para proporcionar à população de Cajazeiras-PB e regiões circunvizinhas uma assistência de qualidade de acordo com sua vocação institucional, alinhado às necessidades de saúde da região. Atualmente o HUIB é filial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), vinculada ao Ministério da Educação, constituindo-se um dos três Hospitais Universitários Federais (HUFs) da Paraíba (PDE 2017-2018).

O termo de referência para a implantação ou reestruturação de farmácias de hospitais universitários conta com uma definição que corresponde à visão moderna de farmácia hospitalar:

A farmácia hospitalar é um órgão de abrangência assistencial, técnico-científica e administrativa, onde se desenvolvem atividades ligadas à produção, ao armazenamento, ao controle, à dispensação, a distribuição de medicamentos e correlatos às unidades hospitalares, bem como à orientação de pacientes internos e ambulatoriais visando sempre à eficácia da terapêutica, além da redução dos custos, voltando-se, também, para o ensino e a pesquisa, propiciando um vasto campo de aprimoramento profissional. (GOMES; REIS, 2003, p. 277).

Com o advento do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários (REHUF), ocorreu a viabilização das condições materiais e institucionais para que os Hospitais Universitários Federais pudessem desempenhar plenamente suas funções em relação às dimensões de ensino, pesquisa e extensão, bem como à dimensão da assistência à saúde (SILVA, 2016).

De acordo com autor supracitado, entre as medidas adotadas está a implantação de um aplicativo para gestão hospitalar, desenvolvido a partir de uma experiência bem-sucedida do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. A interação entre os usuários e a equipe da Tecnologia da Informação (TI) dessa experiência resultou em um aplicativo de gestão hospitalar que serviu de modelo para o projeto de um sistema em hospitais universitários chamado de: Aplicativo para Gestão dos Hospitais Universitários (AGHU).

O AGHU é um sistema composto por módulos interligados, que atende aos diversos tipos de usuários de um hospital. Entre os seus principais objetivos estão: implantar processos de gestão com práticas melhores e adaptáveis à especificidade de cada HUF; fornecer agilidade no registro e no acesso de prontuários eletrônicos; racionalizar processos; aumentar a segurança do paciente por meio da rapidez na consulta de prontuário on-line; aumentar a segurança da informação por meio de perfis de acesso; gerar indicadores padronizados entre

os HUFs; ser um sistema desenvolvido em software, livre e flexível, para a utilização em diferentes plataformas tecnológicas. Nesse sentido, o objetivo deste relato é compartilhar a experiência do processo de informatização da farmácia do HUIB a partir da implantação dos módulos Farmácia e Suprimentos (almoxarifado) (SILVA, 2016).

RELATO DE EXPERIÊNCIA

A farmácia hospitalar do HUIB foi se estruturando ao longo do tempo com uma equipe de prestadores de serviços formada por cinco profissionais, sendo uma farmacêutica coordenadora e quatro auxiliares de farmácia. O ano de 2018 trouxe consigo profundas modificações, a exemplo da substituição total de todos os prestadores de serviço pelos empregados pela EBSERH, fato ocorrido em julho deste ano.

Desse modo, o Setor de Farmácia Hospitalar (SFH) do HUIB é vinculado à Gerência de Atenção à Saúde (GAS) e conta atualmente com uma equipe de nove profissionais, composta de três farmacêuticos e seis técnicos de farmácia. A integração dos novos profissionais ocorreu nos meses de junho, julho, agosto, setembro e outubro do ano de 2018.

Antes da adesão à EBSERH, esse setor era composto por uma farmácia que funcionava como central de abastecimento e dispensação de medicamentos e produtos para a saúde, sem separação física e virtual. O sistema de gestão de estoque era manual, com planilhas e fichas de prateleiras.

Prosseguindo com a implantação de módulos do AGHU, a gestão hospitalar considerou viável e necessária a introdução dos módulos de Farmácia e Suprimentos. Nesse sentido, no mês de agosto de 2018, o chefe do Setor de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação (SGPTI) articulou, com a EBSERH sede e outro hospital da rede, a primeira videoconferência para apresentação dos referi-

dos módulos aos farmacêuticos do HUIB. Assim, para realizar esse processo, iniciou-se a pactuação entre o SFH, o Almoxarifado central, o SGPTI, a equipe de TI da EBSERH sede e as chefias estratégicas do HUIB. Nessa ocasião, foi traçado um cronograma de atividades para cumprimento das fases de implantação, contemplando os seguintes aspectos: apresentação, diagnóstico, pré-implantação, simulação, ponto de controle, implantação e acompanhamento.

O próximo passo consistiu na catalogação de todos os produtos para saúde e medicamentos padronizados, com posterior cadastramento no AGHU pelas farmacêuticas. Enquanto isso, os técnicos em farmácia iniciaram o processo de organização física da farmácia, disponibilizando quatro salas que estavam funcionando como depósito de materiais, para serem utilizadas como recepção (Fig. 1), salas de dispensação de produtos para saúde (Fig. 2), medicamentos (Fig. 3) e repouso (Fig. 4), possibilitando assim a divisão do SFH em Unidade de Abastecimento Farmacêutico (UAF) e Dispensação Farmacêutica de acordo com o organograma institucional. Posteriormente, as salas de dispensação de produtos para saúde e medicamentos foram organizadas para otimizar o atendimento às unidades hospitalares, o controle de estoque, a distribuição e a dispensação.

FIGURA 1 – RECEPÇÃO DO SFH ANTES E DEPOIS



Fonte: Arquivo fotográfico do HUIB.

FIGURA 2 – SALA DE DISPENSAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE ANTES E DEPOIS



Fonte: Arquivo fotográfico do HUIB.

FIGURA 3 – SALA DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS ANTES E DEPOIS



Fonte: Arquivo fotográfico do HUIB.

FIGURA 4 – REPOUSO ANTES E DEPOIS



Fonte: Arquivo fotográfico do HUIB.

Já na UAF, iniciou-se um processo de concentração e organização de materiais semelhantes em ilhas, antes distribuídos aleatoriamente (Fig. 5). Além disso, os volumes foram contabilizados e identificados para facilitar o inventário. Simultaneamente, as farmacêuticas passaram a participar de videoconferências semanais com a equipe de TI da sede e o SGPTI para treinamento na base de homologação, com simulação de telas de movimentação dos módulos de farmácia e suprimentos do AGHU, como: inclusão de saldo, desbloqueio de materiais e medicamentos, requisição, transferência, devolução, triagem de medicamentos, dispensação, entre outros.

FIGURA 5 – UAF ANTES E DEPOIS



Fonte: Arquivo fotográfico do HUIB.

Concluída a primeira etapa de organização física e treinamento do AGHU, foi realizada uma reunião com toda a equipe da Farmácia para planejamento do inventário, procedimento importante em que se realiza a contagem física dos estoques para verificar se a quantidade de medicamentos estocada coincide com a quantidade registrada nas fichas de controle, no sistema informatizado e nos investimentos financeiros do hospital relacionados a este fim. Assim a realização do inventário permite verificar as divergências entre os registros e o estoque físico, além de possibilitar a avaliação do valor total (contábil) dos estoques para efeito de balanço ou balancete no encerramento do exercício fiscal (DIEHL; SANTOS; SCHAEFER, 2016).

O inventário deveria ser concretizado em três dias, antecedendo a chegada dos multiplicadores da Sede, a implantação dos módulos e o treinamento da equipe estratégica. Tendo em vista esse curto período de tempo, o método adotado no inventário foi baseado em modelos de sucesso utilizados em outras instituições, o que possibilitou agilidade no processo. A realização do inventário deu-se início

na UAF, onde os técnicos em farmácia e duas auxiliares administrativas ficaram responsáveis pela primeira e segunda contagens de ilhas distintas, sem comunicação de resultados entre eles. Os dados colhidos eram entregues aos farmacêuticos para alimentação das planilhas preelaboradas. Nos casos de divergência entre os resultados, novas contagens eram realizadas por pessoas que não haviam participado anteriormente. O mesmo processo aconteceu na farmácia de dispensação. Vale destacar que a conclusão do inventário foi concluída antes do período programado.

Após a conferência de todas as planilhas de contagem da UAF e da Farmácia de Dispensação, deu-se início à fase de alimentação do sistema pelas farmacêuticas. A fim de minimizar erros nesse processo manual, a farmacêutica que realizava a inclusão de saldo não poderia realizar o desbloqueio dos produtos cadastrados.

Por fim, após a alimentação e correção de erros identificados, realizou-se o treinamento da equipe estratégica de todos os setores do hospital, utilizando o ambiente de homologação do sistema pelos multiplicadores do AGHU e os representantes da sede.

Depois do treinamento da equipe ampliada, o AGHU passou a ser utilizado. As requisições passaram a ser feitas via sistema, bem como a dispensação de medicamentos via prescrição eletrônica. Durante esse processo inicial, o SFH identificou pontos de melhoria, como a necessidade de cadastro de novos itens, correção de cadastros já realizados, ajustes de estoque, treinamento dos colaboradores que estavam com dúvidas na utilização do sistema e padronização de fluxos pelos funcionários da farmácia, além de alguns pontos de resistência dos profissionais (enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais) que compõem a equipe assistencial do HUIB, que foram solucionados com o diálogo e a colaboração dos multiplicadores e das chefias da GAS.

DESCRIÇÃO DOS BENEFÍCIOS GERADOS COM ESTA EXPERIÊNCIA

A logística da farmácia hospitalar vem gerando uma preocupação crescente, pois dela depende o abastecimento de todos os setores que utilizam medicamentos e materiais médico-hospitalares dentro do hospital. O gerenciamento de estoques é uma das atividades da logística e tem como objetivos principais: redução dos custos gerados, maior controle dos produtos utilizados, minimização do desabastecimento e outros problemas de gestão que possam influenciar diretamente a evolução clínica dos pacientes (VILAR, 2012).

A implantação dos módulos do AGHU mudou substancialmente a logística de funcionamento do SFH do HUIB, suas rotinas, fluxos e processos, otimizou a entrada e saída dos produtos, excluiu a utilização das fichas de prateleiras e planilhas manuais, e permitiu ao setor gerar e administrar estoques separados (Farmácia de Dispensação e UAF) com mais facilidade e agilidade. As solicitações de pedidos dos setores antes do AGHU eram manuais por meio de fichas ou solicitações via telefone. Atualmente são recebidas na impressora da farmácia, de forma remota, melhorando a qualidade da assistência prestada, tornando a dispensação dos pedidos mais rápida, além de possibilitar uma análise quantitativa e qualitativa dessas solicitações.

Um sistema eficiente de gestão de estoque permite identificar, em tempo oportuno, o histórico da movimentação dos estoques (entradas e saídas), os níveis de estoque (mínimo, máximo, ponto de ressuprimento), os dados do consumo, as demandas atendidas e não atendidas de cada produto utilizado, entre outras informações que possam ser úteis no processo de compra (SFORSIN *et al.*, 2012). Além disso, o controle informatizado tem como benefícios a agilidade do processo de tomada de decisão, a criação de um banco de dados confiável e o aumento da velocidade de localização das

informações, bem como a diminuição da manipulação de grande quantidade de documentos. Porém um sistema informatizado só moderniza o processo, se não existir um controle eficaz, esse sistema não irá solucionar os problemas, pelo contrário, poderá aumentá-los (DIEHL; SANTOS; SCHAEFER, 2016).

Nesse sentido, o módulo de suprimentos do sistema implantado permite ao SFH gerar dados por meio de relatórios estatísticos e consultas rápidas, que subsidiem a realização dos pedidos de produtos para saúde e medicamentos, contribuindo de forma efetiva com a administração, especialmente com o setor de compras, para melhor utilização dos recursos investidos.

Informações corretas são imprescindíveis para a boa utilização dos dados e a gestão de estoque, por isso quem alimenta o sistema deve receber capacitação adequada para tal tarefa. Da mesma maneira, periodicamente deve ser realizada a conferência e o acerto das divergências entre o estoque físico e o estoque registrado no sistema informatizado (DIEHL; SANTOS; SCHAEFER, 2016).

As prescrições médicas antes da implantação já eram eletrônicas, porém não em sua totalidade, visto que as alterações, incluindo acréscimos e exclusões de medicamentos, padronizadas ou não, eram realizadas de forma manual, bem como as prescrições dos pacientes do Pronto Atendimento. Com o módulo de farmácia, houve avanço nesse sentido. Atualmente a Farmácia dispensa medicamentos apenas via sistema, tornando a dispensação mais rápida e segura.

O sistema também permite o cadastro de alertas com informações importantes para o uso racional de medicamentos e a segurança do paciente, como necessidade de diluição de eletrólitos concentrados, dose máxima de medicamentos, cuidados na administração de medicamentos, reações adversas, preenchimento da ficha de solicitação de antimicrobianos, entre outros. Esses alertas são visualizados pelo prescritor durante a elaboração da prescrição. Além

disso, foi possível formatar a escrita de medicamentos com grafia ou som semelhante para diminuir risco de confusão (ex. Cefazolina e Cefalotina), fortalecendo, deste modo, o que é preconizado no protocolo de prescrição, dispensação e administração segura de medicamentos.

Como a instituição já adotava o sistema de prescrição eletrônica, os medicamentos eram dispensados de forma individualizada para os pacientes internos, porém sem dupla conferência e avaliação do farmacêutico. Para melhorar esse processo de dispensação e a segurança dos pacientes, todas as prescrições passaram a ser triadas pelos farmacêuticos para posterior separação e dispensação pelos técnicos em farmácia. Concluídas essas fases, as doses individualizadas, a partir de então, são conferidas pelos farmacêuticos e pela equipe de enfermagem quando são encaminhadas para as unidades assistenciais.

Segundo Comarella e colaboradores (2015), além dos riscos causados por medicamentos, outro fato preocupante enquanto problema de saúde pública é o impacto que os problemas relacionados a medicamentos têm sobre a qualidade de vida dos pacientes e os gastos em saúde. Essas e outras circunstâncias clínicas podem ser reduzidas ou controladas com a avaliação farmacêutica da prescrição por toda equipe de saúde. Visto que o serviço ainda não dispõe de farmácia clínica, a inserção da análise farmacêutica antes da dispensação torna o processo mais seguro, pois aumenta a identificação de enganos na separação e erros potenciais nas prescrições. Para isso, os farmacêuticos hospitalares têm acesso aos registros médicos e da equipe multidisciplinar para acompanhamento da evolução clínica dos pacientes.

Todas as mudanças relatadas fazem parte da cultura de segurança do paciente que, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), pode ser definida de diferentes maneiras, mas todas com um único objetivo: a prevenção e melhoria de eventos adversos ou le-

sões resultantes dos processos de cuidados de saúde. Tais eventos incluem erros, desvios e acidentes (PEREIRA, 2005). Vale ressaltar que o HUIB já possui o seu Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), o qual atua em parceria com o SFH.

Os erros de medicação são definidos como eventos evitáveis que, de fato ou potencialmente, podem levar ao uso inadequado de medicamentos. Esse conceito implica que um uso inadequado pode ou não lesar o paciente, e não importa se o medicamento se encontra sob o controle de profissionais de saúde, do paciente ou do consumidor. O erro pode estar relacionado a prática profissional; produtos usados na área de saúde; procedimentos; problemas de comunicação, incluindo prescrição, rótulos, embalagens, nomes, preparação, dispensação, distribuição, administração e educação; e monitoramento e uso de medicamentos (ANACLETO *et al.*, 2010).

Esses erros são comuns em hospitais, sendo o principal desafio da farmácia preveni-los e contribuir para a qualidade e a segurança do paciente (ALCÂNTARA; CASSIOLATO, 2010). A presença do farmacêutico no processo de informatização da organização hospitalar e da farmácia hospitalar propriamente dita é fundamental para a segurança do paciente. Como conhecedor de todo o processo de uso de medicamento e de todas as integrações entre os sistemas envolvidos na assistência do paciente, o farmacêutico deve participar ativamente do processo de desenvolvimento e escolha de novas tecnologias (FERRACINI *et al.*, 2014).

CONCLUSÃO

A implantação dos módulos Farmácia e Suprimentos via AGHU no setor de Farmácia Hospitalar do HUIB propiciou mudanças significativas nos fluxos e processos para um gerenciamento mais eficiente desse serviço, pois permite uma maior agilidade no fluxo de

informação e amplo controle de entrada e saída de produtos, quando comparado ao sistema manual. Além disso, agrega qualidade e eficiência ao processo de gestão dos recursos disponíveis, auxiliando no planejamento com informações mais precisas.

O sistema também permitiu avanços significativos na segurança do paciente, garantindo ausência de prescrições manuais, minimização de erros de interpretação por conta da grafia, implantação da avaliação farmacêutica, dupla conferência dos medicamentos dispensados e acompanhamento da evolução clínica dos pacientes.

Além de todos os benefícios já mencionados, a implantação desse sistema possibilita aos acadêmicos realizarem estudos de pesquisas utilizando dados com maior rapidez e precisão de informação, que podem trazer mais avanços para a farmácia e, consequentemente, para o hospital e toda a população assistida.

REFERÊNCIAS

ANACLETO, T. A. *et al.* **Erros de Medicação**. Pharmacia Brasileira, 2010.

DIEHL, E. E.; SANTOS, R. I.; SCHAEFER, S. C. **Logística de medicamentos** – Florianópolis: Ed. da UFSC, 2016.

FERRACINI, F. T.; ALMEIDA, S. M.; BORGES FILHO, W. M. **Farmácia Clínica: manuais de especialização**. 1. ed. Barueri, SP: Manole, 2014.

GOMES, M. J. V. de M.; REIS, A. M. M. **Ciências Farmacêuticas: uma abordagem em farmácia hospitalar**. São Paulo: Atheneu, 2003.

GONÇALVES, E. L. Estrutura Organizacional do Hospital Moderno. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 38, n. 1, p.80-90, jan. /mar. 1998.

PLANO Diretor Estratégico do Hospital Universitário Júlio Bandeira–HUJB–UFCG. 2017-2018. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/web/hujb-ufcg>. Acesso em: 14 nov. 2018.

RÊGO, M. M.; COMARELLA, L. O papel da análise farmacêutica da prescrição médica hospitalar. **Caderno Saúde e Desenvolvimento**. v. 7, n. 4, jan./jun. 2015.

SFORSIN, A. C. P. Gestão de compras em farmácia hospitalar. **Farmácia Hospitalar**, n. 16, 2012.

SILVA, H. R. da. **Adoção de Tecnologia em Hospitais: o caso da adoção do sistema AGHU pelos hospitais universitários do Brasil**. 2016. 59 f. TCC (Graduação em Administração)–Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de Brasília, Brasília, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE FARMÁCIA HOSPITALAR (São Paulo). **Padrões mínimos para Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**. 3. ed. São Paulo, 2017. 40 p.

VILAR, D. A. **Farmácia e gerenciamento: análise dos sistemas manual e informatizado utilizados na farmácia de uma clínica escola**. 2012. 44f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão em Saúde)–Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2012.

4

APLICATIVOS DE GESTÃO PARA HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS: UMA EXPERIÊNCIA DE SUCESSO NO GERENCIAMENTO DOS ESTOQUES NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO BANDEIRA

*Hamylla Haianny Araújo Silva
Dandara Lua Cardozo de Oliveira
Lúcia Silva Albuquerque de Melo
Tereza Lourença Matias de Araújo
Janayna Rodrigues de Moraes Luz*

ASPECTOS INTRODUTÓRIOS

O processo de gerenciamento de uma empresa envolve processos que visam alcançar os objetivos organizacionais de forma eficaz, eficiente e efetiva. Nesse processo, é essencial ter um alicerce de tecnologia da informação alinhada ao negócio da entidade.

Os estoques, dentro das organizações públicas ou privadas, são relevantes e necessitam ser objeto de atenção especial, visto que representam um dos motivos de preocupação dos gestores (SANTOS;

TEIXEIRA; CARVALHO, 2009; SANTOS; VARELA; 2010), principalmente no setor público, pois, para atender à demanda de serviços prestados à sociedade, os gestores precisam manter nos estoques das entidades a quantidade de insumos suficiente (SANTOS; FANK; VARELA, 2012). Contudo, uma quantidade excessiva de materiais em estoque é capaz de ocasionar custos adicionais, como armazenagem, controle e avaliação (SANTOS; FANK; VARELA, 2012), de modo que uma crítica recorrente à gestão de estoques é o excessivo volume de recursos financeiros investidos em estoques pelas entidades públicas e órgãos (MOTA; CANCIO, 2004).

Diversas dificuldades são encontradas no gerenciamento de materiais em instituições hospitalares. Talvez o ponto que mais preocupe os profissionais envolvidos no processo gerencial seja a presença de grandes estoques de alguns materiais e a escassez de outros. Por isso, faz-se necessária a adoção de um sistema informatizado (LOURENÇO; CASTILHO, 2006).

Os sistemas de gestão são grandes aliados, conferindo dinamismo e eficiência para simplificar o gerenciamento de estoque. Esses sistemas permitem que todos os dados da gestão do estoque sejam informatizados, sendo atualizados automaticamente, com isso, a realização dos inventários e outros serviços são executados com grande praticidade.

A realização deste estudo é baseada na proposta de reestruturação dos hospitais universitários a partir do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários (REHUF), lançado pelo Ministério da Educação (MEC) em 2008, a fim de diagnosticar e propor soluções para os problemas específicos da rede dos hospitais universitários federais. Contudo, a normatização de uma política de reestruturação orientada para solucionar as dificuldades dessas instituições foi sancionada apenas em 2010 (BARROS, 2014).

Este capítulo tem por objetivo relatar a experiência vivenciada no Hospital Universitário Júlio Bandeira (HUIJB) a partir da implantação do sistema Aplicativos de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU). O estudo foi realizado nos módulos de estoque, a partir do gerenciamento da farmácia e do almoxarifado.

As atribuições do módulo de estoque constituem o gerenciamento das movimentações dos suprimentos através do controle do fluxo de materiais, dessa forma, proporciona eficiência no atendimento das solicitações de forma pontual e precisa. Já o módulo farmácia compreende o processo de gestão dos medicamentos e compreende atividades de regulação, triagem e dispensação, seguindo a regulamentação vigente para a realização das atividades (EBSERH, 2018).

Este estudo justifica-se na medida em que instiga o interesse acadêmico, pois possibilita o conhecimento de uma ferramenta de gestão para hospitais universitários, com uma nova política para a gestão pública de organizações complexas, como é a hospitalar e, em especial, no que se refere à gestão de estoques, especificamente ao gerenciamento da farmácia e do almoxarifado. Ao mesmo tempo, a pesquisa também se mostra importante para a Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), já que o estudo foi feito a partir da perspectiva do HUIJB, localizado na cidade de Cajazeiras-PB, possibilitando conhecer a estrutura do sistema AGHU e verificar a otimização da gestão hospitalar.

Importante considerar que, na visão de Silva e Farias (2016, p. 96), os hospitais universitários “são instituições de alto valor social, pois, nesses ambientes, muitas pessoas estão em constante desenvolvimento científico e aprendizagem”.

O trabalho foi estruturado a partir de entrevistas realizadas com os colaboradores lotados nos setores da Farmácia e do Almoxarifado, além de análise documental.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

BREVE HISTÓRICO

O HUIB fica localizado no interior da Paraíba, especificamente, na cidade de Cajazeiras, Paraíba. Realiza atendimentos de urgência e emergência e internações hospitalares em pediatria, sendo referência regional (BATISTA *et al.*, 2016).

Sua fundação ocorreu na década de 1970, quando o índice de mortalidade na Paraíba era elevado. Inaugurado em 1978, tornou-se um centro em saúde de referência no cuidado à criança na cidade de Cajazeiras e região. Por muitos anos, foi vinculado à Associação de Proteção e Assistência a Maternidade e Infância de Cajazeiras (APAMIC), funcionando, inclusive, como maternidade.

Em 2001, tornou-se autarquia municipal até ser recebido pela UFCG em 2012. Porém, apenas em 2013, foi reconhecido pelo MEC como Hospital Universitário Federal. Anteriormente chamado de Hospital Infantil de Cajazeiras (HIC), o atual HUIB passou por diversas gestões, sendo hoje administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). “Este vem se estruturando para as áreas da atenção à saúde da criança, da mulher e materno infantil, de acordo com sua vocação assistencial, alinhado às necessidades de saúde da região” (BATISTA *et al.*, 2016).

A EBSERH é uma empresa pública de direito privado, criada pela Lei Federal nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, e é resultado de um conjunto de atividades realizadas pelo Governo Federal para restabelecer os hospitais incorporados às universidades federais. Tem por finalidade prestar serviços gratuitos à comunidade de apoio médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico, bem como serviços de apoio ao ensino, pesquisa e extensão, ao ensino e

à aprendizagem e formação de pessoas no campo da saúde pública em instituições públicas federais de ensino (EBSERH, 2018).

O hospital dispõe de 26 leitos de pediatria clínica no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), com capacidade para 55 leitos hospitalares, sendo 08 leitos de ginecologia, 04 leitos obstétricos clínicos, 19 de obstetrícia cirúrgica, 03 leitos pediátricos cirúrgicos, 12 leitos pediátricos clínicos, com 01 de isolamento, 05 leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e 04 leitos de Unidade de Cuidado Intermediário (UCIN) (EBSERH, 2018).

Como parte integrante do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), o Ministério da Educação passou a desenvolver, a partir de 2009, o AGHU, que é destinado a diagnosticar e propor soluções para os problemas específicos da rede de hospitais universitários federais.

O REHUF tem como objetivo criar condições materiais e institucionais para que os hospitais universitários federais exerçam plenamente suas funções em relação ao ensino, pesquisa e extensão, bem como as atividades de assistência à saúde (BRASIL, 2010).

O programa foi estruturado a partir do sucesso no modelo de gestão e da disponibilidade do sistema AGH desenvolvido pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Os primeiros módulos do AGHU foram implantados, em 2010, na maternidade Vitor Ferreira do Amaral, no Paraná; e, a partir de 2011, a EBSERH passou a gerenciar o software e, desde então, já foram realizadas mais de 30 implantações.

O aplicativo tem o intuito de implantar soluções eficazes, duradouras, abrangentes e participativas para os problemas estruturais das Instituições Federais de Ensino Superior (IFES) de todo o país. O objetivo do software é padronizar as práticas assistenciais e administrativas dos Hospitais Universitários Federais, além de permitir a criação de indicadores nacionais, facilitando a adoção de projetos de melhorias comuns para esses hospitais. Além disso, o aplicativo propicia aos hospitais aprimoramento em seus processos assistenciais, e

aos usuários, inúmeras facilidades, como o prontuário eletrônico e todos os benefícios a ele inerentes (EBSERH, 2018).

A partir da implantação do AGHU, foi possível sistematizar a gestão dos estoques da entidade. A tecnologia é o conhecimento que permite ter controle, sendo considerada o principal fator de progresso e desenvolvimento que agrega valor aos mais diversos produtos e serviços. A sua adoção em serviços hospitalares pode fornecer aprendizagem, integração e disseminação de conhecimentos, bem como alinhamento de processos (SILVA; FARIAS, 2016).

GERENCIAMENTO DE ESTOQUES

Administrar uma empresa de forma eficiente compreende diversos fatores, entre eles, o gerenciamento de estoques. “Os estoques estão intimamente ligados às principais áreas de operação das companhias e envolvem problemas de administração, controle, contabilização e, principalmente, avaliação” (IUDÍCIBUS *et al.*, 2010).

Os estoques são materiais ou produtos que ficam fisicamente disponíveis pela empresa, são considerados pontos de movimento, com entrada e saída de itens todos os dias. Saber o que entra e o que sai, controlando essas informações, é o chamado gerenciamento ou **gestão de estoque** (VAGO *et al.*, 2013). O planejamento e o controle de estoques são de primordial relevância, visto que devem se preocupar com os problemas quantitativos e financeiros dos materiais (POZO, 2007).

Sejam instituições públicas ou privadas, a gestão dos estoques é fundamental para a administração eficaz dos materiais nas organizações. Assim, a escolha de uma ferramenta eficiente para auxiliar os gestores na administração de materiais pode ajudar a solucionar diferentes problemas que esse setor organizacional enfrenta (VAGO *et al.*, 2013).

A finalidade da administração de materiais é potencializar o uso dos recursos que são estocados, mantendo sempre o estoque necessário para atender às demandas e buscando, também, minimizar os investimentos nos vários tipos de estoques. Desse modo, os gestores das instituições públicas ou privadas devem dispensar especial atenção à administração de materiais, dada a capacidade de tal atividade afetar, positiva ou negativamente, os resultados organizacionais (VAGO *et al.*, 2013).

A gestão de materiais em ambientes hospitalares, especialmente aqueles mantidos com recursos públicos, representa um desafio constante para os gestores, uma vez que as necessidades impostas pelas políticas públicas de saúde, as demandas da população mais necessitada, as formas legais de aquisição de medicamentos e materiais necessários, e as aspirações dos profissionais de saúde devem constituir o foco principal das ferramentas de gestão de materiais (MEAULO; PENSUTTI, 2009).

De acordo com Santos, Fank e Varela (2012), o setor público segue procedimentos e formalidades específicas que visam garantir compras pelo melhor preço. O processo de compra deve garantir a transparência e a ética na utilização dos recursos públicos. A Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, resumiu e sistematizou uma série de normas gerais sobre licitações e contratos administrativos realizados no âmbito dos poderes públicos federal, estadual e municipal.

Conforme Mota e Cancio (2004), o alto volume de recursos financeiros aplicados pelos órgãos e entidades públicas em estoques é objeto de muitas críticas. Esse fenômeno deve-se a instabilidade de recursos financeiros, créditos orçamentários disponíveis, risco de atrasos nas entregas e oscilações na demanda.

Consoante Vago *et al.* (2013), o controle de estoques compreende várias funções distintas que contribuem para o seu gerenciamento. Os autores elencam como funções básicas para controle de estoques: determinação do que se deve ter em estoque; definição de quando e

quanto comprar; mobilização do setor de compras para aquisição; recebimento, armazenamento, distribuição e controle dos materiais estocados; manutenção de inventários periódicos; e identificação e retirada de itens obsoletos e danificados do estoque.

Assim, compreende-se que o bom gerenciamento dos estoques irá impactar de forma direta nos resultados das entidades, necessitando, portanto, de uma gestão eficiente capaz de maximizar os resultados esperados.

GERENCIAMENTO DA FARMÁCIA

A assistência farmacêutica hospitalar é um sistema complexo e relevante na gestão de sistemas e serviços de saúde, não apenas porque abrange um dos insumos básicos para o atendimento ao paciente, mas também pelos altos custos envolvidos (NORONHA; BORGES, 2005).

Segundo Abramovicius *et al.* (2012), é uma tendência mundial a transformação no gerenciamento de estoques. Especialmente nos Estados Unidos da América, União Europeia e Sudeste Asiático, “o custo total associado ao gerenciamento de estoque de medicamentos pode representar entre 35 e 50% do custo operacional numa instituição privada de saúde e pode consumir de 16 a 28% do orçamento anual de um hospital com mais de 50 leitos”. No Brasil, os gastos com estoque em um hospital podem chegar a 20% do orçamento das instituições hospitalares.

O principal objetivo da farmácia hospitalar é garantir o uso seguro e racional dos medicamentos prescritos pelo profissional médico, além de responder às necessidades de medicamentos e produtos de saúde dos pacientes internados (DALARMI, 2010).

De acordo com a Portaria nº 4.283, do Ministério da Saúde (MS), o gerenciamento inadequado e o uso incorreto de medicamentos e

de outras tecnologias em saúde acarretam sérios problemas à sociedade, ao Sistema Único de Saúde (SUS) e às instituições privadas, gerando aumento da morbimortalidade, elevação dos custos diretos e indiretos, e prejuízos à segurança e à qualidade de vida dos usuários. Diante disso, o bom gerenciamento do estoque diminui desperdícios e, dessa forma, otimiza o funcionamento da farmácia, trazendo benefícios financeiros para a instituição e os usuários internos e externos.

Entre as funções básicas da farmácia hospitalar estão o recebimento, armazenamento e distribuição de medicamento; a preparação de medicamentos, produtos químicos e materiais diversos; além do armazenamento de medicamentos de prateleira, psicotrópicos e materiais refrigerados (PEREIRA *et al.*, 2012).

Tudo passa por investimentos basilares, capacitações e quantificações adequadas de recursos humanos, estabelecimento de programas de qualidade e dotação orçamentária suficiente, evidenciando a necessidade de planejamento e desenvolvimento de sistemas de gestão hospitalar que privilegiem as atividades da farmácia, dada sua importância tanto em termos de qualidade de serviço como da economia do setor (NORONHA; BORGES, 2005).

Consoante Dalarmi (2010), o aspecto mais importante da vida hospitalar está intimamente relacionado ao cuidado do paciente até sua possível recuperação. Um atendimento médico-hospitalar satisfatório será o mínimo que a administração, por meio de um conjunto complexo de recursos materiais e humanos, deve proporcionar ao paciente.

A assistência farmacêutica no contexto do SUS é uma ação de saúde pública e parte integrante do sistema de saúde. Envolve o fornecimento de medicamentos em cada uma das suas fases constituintes, a manutenção e controle de qualidade, a segurança e eficácia terapêutica dos medicamentos, a obtenção e disseminação de informação sobre medicamentos e a educação dos profissionais de

saúde, do paciente e da comunidade para garantir o uso racional de medicamentos (DALARMI, 2010).

Assim, o objetivo do gerenciamento de materiais em qualquer empresa é manter as quantidades e os materiais necessários. Para que isso aconteça, é fundamental criar um banco de dados que gere informações capazes de apontar os gargalos na demanda por consumo de material. No entanto, para obter essas informações, é importante planejar, controlar e organizar as necessidades, uma vez que os materiais geralmente devem estar disponíveis em níveis adequados, evitando ausências e excessos que comprometam o capital do hospital e também resultem em medicamentos com validade expirada, gerando altos custos para o Ministério da Saúde (MS). Nas empresas de saúde, o cuidado com o gerenciamento de estoques deve ser ainda maior, uma vez que a escassez poderia colocar vidas humanas em risco (DALARMI, 2010).

Nos hospitais públicos, as limitações financeiras, estruturais, físicas, materiais e de máquinas e equipamentos fazem com que seus gerentes ou servidores não utilizem “ferramentas modernas” de gerenciamento de estoques. Sabendo que planejamento e controle de custos são mecanismos que podem garantir a sobrevivência das instituições hospitalares, para a excelência do serviço, é fundamental acompanhar os avanços tecnológicos. Muitos hospitais ainda registram seus dados em planilhas do Excel, dificultando a administração e o gerenciamento. Outra grande dificuldade comum no contexto das instituições hospitalares públicas é a aquisição emergencial de materiais, sabendo que um aspecto importante da gestão de estoques em organizações de saúde é o consumo em situações de emergência, e que as compras na rede pública são realizadas por licitações caracterizadas por processos lentos, que não satisfazem uma aquisição imediata (DALARMI, 2010).

A partir da utilização de sistemas de gerenciamento, será possível o controle dos medicamentos utilizados no hospital, bem como sua dosagem, administração, estorno e acesso a informações técni-

cas pertinentes. Além disso, o paciente é beneficiado pelo fato de o sistema levar em consideração a quantidade exata a ser dispensada, fazendo com que erros sejam minimizados, tornando, dessa forma, o processo mais seguro (EBSERH, 2018).

PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO AGHU

O AGHU é descendente do AGH (Aplicativo para Gestão Hospitalar), criado pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Diante de uma experiência de êxito, visto que a instituição gaúcha desenvolveu e aplicou com grande sucesso ao longo dos anos, o MEC identificou a possibilidade de o AGH subsidiar o AGHU.

A construção do AGH é fruto do trabalho entre os usuários e a equipe de tecnologia da informação, de forma que cada módulo fosse desenvolvido para apoiar as atividades dos usuários, refletindo as melhores práticas utilizadas na instituição e assim oportunizando que o processo de gestão dos diversos setores ocorresse de forma harmônica com o planejamento estratégico.

O projeto do AGHU foi criado a partir de reuniões realizadas entre representantes do HCPA, da Diretoria de Tecnologia da Informação do MEC, da coordenação dos hospitais universitários federais e do secretário executivo do MEC, para fortalecer as melhores práticas de gestão dos hospitais universitários federais do MEC.

No princípio, foram migrados os módulos da área assistencial (registro de pacientes, internação, prescrição médica, prescrição de enfermagem, exames e farmácia) e da área administrativa (centro de custos, registro do colaborador, compras, faturamento SUS e segurança de usuários).

A partir de 2011, o AGHU passou a ser gerenciado pela EBSERH. A implantação do sistema nos hospitais universitários proporcionou, além da uniformização de práticas administrativas e assisten-

ciais, que os hospitais aprimorassem seus processos assistenciais, estendendo aos pacientes de todo o país inúmeras facilidades, como o prontuário eletrônico e todos os benefícios a ele inerentes. Além disso, o AGHU trouxe benefícios aos profissionais de saúde e demais funcionários dos hospitais participantes (EBSERH, 2018).

O HUIB passou a fazer parte da rede EBSERH em dezembro de 2015 e, a partir de 2017, começou a implantar o AGHU. Inicialmente, foram implantados cinco módulos, sendo eles: pacientes, ambulatório administrativo e assistencial, prescrição médica e internação. Todo o processo de implantação foi acompanhado por uma equipe de tecnologia da informação da sede da EBSERH.

Segundo a superintendente, Mônica Paulino, “a implantação dos primeiros módulos do AGHU é mais um avanço para o HUIB. Com o prontuário eletrônico, o hospital passa a adotar práticas assistenciais e administrativas mais seguras e eficientes, com grande impacto na qualidade da assistência, do ensino e da gestão” (EBSERH, 2018).

Atualmente o AGHU possui doze módulos, entre eles, o de gestão de estoque e o de farmácia. O processo de implantação desses módulos iniciou-se em 2018 e começou com a realização do inventário para atualização das quantidades em estoque físico. A partir da utilização do aplicativo, foi possível aumentar a transparência, prestar apoio a pacientes, autoridades políticas e reduzir as disparidades (EBSERH, 2018).

O gerenciamento de estoque da instituição era realizado de forma manual, por meio de controles em planilhas de Excel e ficha de prateleira. A solicitação dos materiais era realizada utilizando-se requisição manual, autorizada pela gerência administrativa. No início, o material do almoxarifado era incluído em planilhas de controle das mercadorias, com os dados referentes a código do produto, data da entrada, quantidade, valor unitário, valor total, descrição do produto, tipo unitário e subitem, gerenciando, manualmente, a quantidade de cada produto.

Do mesmo modo, a farmácia era gerenciada por meio planilhas de Excel e de fichas de controle de estoque. Manualmente, as entradas e saídas dos medicamentos e demais produtos farmacêuticos eram incluídos nas respectivas fichas de controle de estoque, controlados pelo farmacêutico e pelo técnico de farmácia.

Todo o controle era realizado de forma precária e todo material manipulado pelos profissionais dos respectivos setores, necessitando assim de uma conciliação contábil mais cautelosa e prudente, de forma a retratar a realidade da entidade.

A partir do processo de informatização, as mercadorias recebidas, em conformidade com o que foi realizado pela unidade de compras, foram incluídas no AGHU com dados referentes a código do produto, data de entrada, quantidade, valor unitário, valor total, descrição do produto, tipo unitário e subitem. A partir da necessidade de cada setor, o colaborador, previamente autorizado pela chefia imediata, tem acesso aos materiais disponíveis no almoxarifado, solicitando os itens necessários ao bom funcionamento do setor. O próprio sistema faz a gestão das quantidades disponíveis, atualizando os itens de cada produto de forma automática.

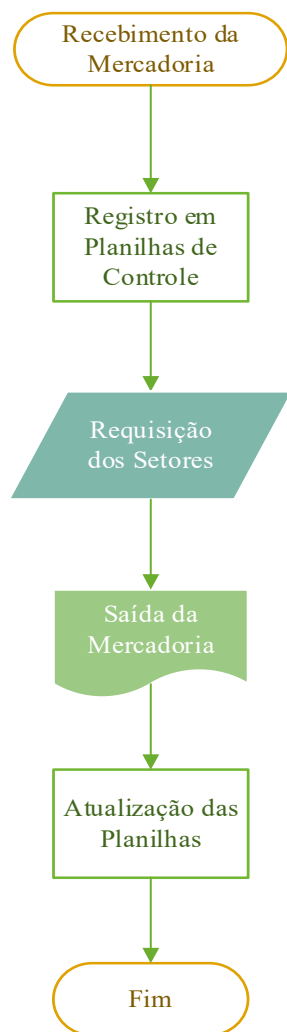
O módulo farmácia vai da gestão até a dispensação de medicamentos, permitindo ao farmacêutico a reavaliação do quantitativo da medicação prescrita de acordo com a situação clínica que o paciente apresenta.

Conforme orientam as normas operacionais da EBSERH, as atividades abrangem desde a recepção da aquisição eletrônica de materiais via web, perpassando a entrega de material por parte da equipe do almoxarifado até o consumo de todo o estoque pelos setores, sendo caracterizada como uma interface entre a equipe do almoxarifado e o usuário no tocante ao atendimento de solicitações para fins de uso dos materiais pelos respectivos pacientes.

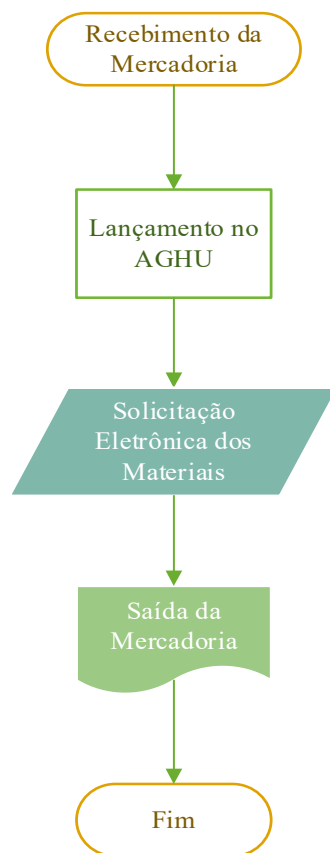
A Fig. 01 demonstra o gerenciamento do estoque antes e depois da implantação do sistema AGHU.

FIGURA 1 – GERENCIAMENTO DE ESTOQUE

Antes do Sistema AGHU



Depois do Sistema AGHU



Fonte: Elaboração própria (2018).

Diversas são as vantagens encontradas a partir da implantação da Requisição Eletrônica de Materiais, pois representa o início do processo de recebimento dos pedidos, possibilitando agilidade, segurança e praticidade relacionadas às atividades de recebimento de materiais médico-hospitalares pelos diversos setores do hospital. Implica ganho de tempo, redução de custos, segurança, praticidade, agilidade, controle, diversidade de relatórios disponíveis e de estornos e devoluções no próprio sistema, além de outras vantagens. Sua função primordial é compor um sistema global integrado entre o almoxarifado e os setores do hospital, servindo de interface entre a ponta do fornecimento e a do consumo.

Assim, o processo de informatização representa um marco histórico no processo de reestruturação do HUIB, demonstrando o processo de crescimento da instituição, haja vista que, a partir da implantação do sistema, foi possível verificar o estoque real dos materiais e medicamentos, ficando assim o processo de gestão mais rápido e seguro.

Conforme os farmacêuticos responsáveis pela gestão da farmácia, entre as vantagens do AGHU estão: a informatização do serviço, otimizando rotinas, fluxos e processos; e o conhecimento do estoque real, bem como de relatórios estatísticos de consumo por setores, o que agiliza o acesso a informações importantes para administração, facilitando a gestão de compras, racionalizando e reduzindo recursos investidos. Além disso, aperfeiçoou a entrada e saída dos produtos por meio de ajustes e notas fiscais; criou um fluxo seguro de dispensação de prescrições, envolvendo farmacêutico, técnicos em farmácia e enfermagem, evitando erros de dispensação de medicamentos; proporcionou acompanhamento em tempo real da evolução dos pacientes, bem como rapidez na dispensação correta e em tempo hábil das prescrições e pedidos aos setores; e, conseqüentemente, melhorou a qualidade da assistência prestada aos usuários, com a separação dos medicamentos e materiais e dos estoques por meio

da separação da Unidade de Abastecimento Farmacêutico (UAF) e farmácia de dispensação.

Como desvantagens estão: a utilização de fichas manuais para acompanhamento de antimicrobianos, por não haver permissão, ainda, para automatização do processo; a insuficiência dos relatórios fornecidos para monitorar os indicadores de erros de dispensação e prescrição, importantes para a segurança dos pacientes e a melhoria do serviço; e a impossibilidade de o sistema permitir a entrada de materiais e produtos recebidos por meio de doação e permutas.

Já de acordo com os gestores dos estoques, entre as vantagens da implantação do AGHU estão: as requisições on-line; os relatórios diversos; os estornos e as devoluções, não encontrando desvantagens, ou seja, o sistema veio para facilitar a gestão e o controle dos estoques.

Por fim, conclui-se que, em relação ao antigo sistema de trabalho da instituição, o AGHU trouxe uma inovação no gerenciamento de materiais do hospital e se tornou uma ferramenta eficaz, que proporcionou evolução e engrandecimento para o HUIB.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No processo de sua construção, o HUIB vivenciou diversas fases, proporcionando amadurecimento e ampliação. O direcionamento voltado ao bom atendimento à população fez com que o antigo Hospital Infantil de Cajazeiras se tornasse, hoje, um hospital de referência microrregional.

Com a criação da EBSEH, em 2011, e a adesão do HUIB à empresa em 2015, o hospital passou por reestruturações significativas, proporcionando maior qualidade no atendimento à população e, com isso, atingindo sua principal finalidade como instituição.

A administração pela EBSEH trouxe uma reorganização para a entidade e, a partir da implantação do AGHU, todo o processo de gestão do estoque e da farmácia passou a ser eletrônico, facilitando o bom funcionamento do hospital. Antes, a gestão do almoxarifado e da farmácia era realizada de forma manual e, de certa forma, precária. O AGHU trouxe modernidade, praticidade, agilidade e segurança.

Considerando o sistema anteriormente utilizado para gestão, o AGHU contribuiu suficientemente para o desenvolvimento do hospital. Porém, por ser um sistema em constante desenvolvimento e atualização, algumas demandas pontuais ainda necessitam de controle manual.

Conclui-se, portanto, que o AGHU proporcionou avanço e tecnologia tanto para o HUIB, filial da EBSEH, como para os demais hospitais universitários. Considera-se a implantação do sistema um marco histórico para o HUIB, tornando as ações do hospital mais eficientes, eficazes e efetivas.

REFERÊNCIAS

ABRAMOVICIUS, A. C. *et al.* Gerenciamento de estoques de medicamentos: ferramenta para a qualidade da assistência prestada ao paciente. **Revista Qualidade HC**, n. 3, 2012. Disponível em: <http://www.hcrp.usp.br/revistaqualidade/uploads/Artigos/102/102.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2019.

BARROS, R. T. **Empresa brasileira de serviços hospitalares: uma análise sobre sua gestão no contexto institucional do Hospital das Clínicas da UFPE**. Dissertação (Mestrado em Gestão Pública)–Universidade Federal de Pernambuco, CCSA, 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/11861/1/DISSER->

TA%C3%87%C3%83O%20Renata%20Ten%C3%B3rio%20de%20Barros.pdf. Acesso em: 05 jan. 2019.

BATISTA, A. V. *et al.* **Plano Diretor Estratégico**. Curso de Especialização em Gestão de Hospitais Universitários do SUS. Ministério da Educação, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa. São Paulo, 2016. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/documents/1132097/1132160/PDE+-2017-2018+em+PDF.pdf/31bf3e02-38ec-4db2-ac12-7220c20c7474>. Acesso em: 28 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010. Institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais- REHUF dispõe sobre o financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 27 jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.283, de 30 de dezembro de 2010. Aprova as diretrizes e estratégias para organização, fortalecimento e aprimoramento das ações e serviços de farmácia no âmbito dos hospitais. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 30 dez. 2010.

DALLARMI, L. Gestão de suprimentos na farmácia hospitalar pública. **Visão Acadêmica**, v. 11, n. 1, 2010. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/academica/article/view/21358/14080>. Acesso em: 02 de jan. 2019.

EBSERH. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **História do AGHU**. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/web/aghu/sobre/historia>. Acesso em: 28 nov. 2018.

EBSERH. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **O que é o AGHU**. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/web/aghu/sobre/o-que-e>. Acesso em: 28 nov. 2018.

ILDÍCIBUS, S. *et al.* **Manual de Contabilidade Societária**. 1. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LOURENÇO, K. G.; CASTILHO, V. Classificação ABC dos materiais: uma ferramenta gerencial de custos em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 1, p. 52-55, 2006. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2670/267019623010.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2018.

MEAULO, M. P.; PENSUTTI, M. A Gestão de Estoques em Ambientes Hospitalares. **Santa Bárbara D'Oeste**, 2009. Disponível em: http://www.convibra.com.br/upload/paper/adm/adm_3253.pdf. Acesso em: 17 nov. 2018.

MOTA, F. G. L.; CANCIO, A. J. Avaliação da potencialidade de redução de estoques no Governo Federal. In: XXXVIII ENCONTRO NACIONAL DA ANPAD. Curitiba/PR – 25 a 29 de setembro de 2004. **Anais [...]**. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/enanpad2004-gpg-0544.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2018.

NORONHA, A. G. G. M.; BORGES, D. F. Qualidade da gestão de medicamentos em hospitais públicos. **Revista de Administração**

Pública, v. 39, n. 4, p. 895-912, 2005. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/viewFile/6792/5374>. Acesso em: 03 jan. 2019.

PEREIRA, S. R. *et al.* Sistemas de Informação para Gestão Hospitalar. **Journal of Health Informatics**, v. 4, n. 4, p. 170-175, 2012. Disponível em: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/viewFile/206/171>. Acesso em: 02 jan. 2019.

POZO, H. **Administração de recursos materiais e patrimoniais: uma abordagem logística**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

SANTOS, P. S. A.; TEIXEIRA, E. C. B.; CARVALHO, M. J. Controle e minimização dos estoques da Prefeitura de Londrina (PR): uma proposta de otimização de recursos 17 públicos. In: 3º CONGRESSO UFSC CONTROLADORIA E FINANÇAS E INICIAÇÃO CIENTÍFICA EM CONTABILIDADE, 2009, **Anais [...]**, Florianópolis, 2009.

SANTOS, P. S. A.; VARELA, P. S. Desempenho da gestão dos estoques públicos e evidencição: um estudo das demonstrações contábeis dos estados brasileiros. In: ENCONTRO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E GOVERNANÇA DA ANPAD, 4, 2010, Vitória/ES. **Anais [...]**, Rio de Janeiro: ANPAD, 2010.

SANTOS, P. S. A.; FANK, O. L.; VARELA, P. S. Determinantes do nível dos estoques públicos: mensuração nas capitais dos estados da região Sul do Brasil. **Revista Eletrônica de Estratégia & Negócios**, v. 5, n. 2, p. 28-55, 2012. Disponível em: <http://portaldeperiodicos.unisul.br/index.php/EeN/article/view/575/922>. Acesso em: 05 jan. 2019.

SILVA, H. R.; FARIAS, J. S. Adoção de tecnologia em hospitais: o caso da adoção do sistema AGHU pelos Hospitais Universitários do Brasil. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, v. 13, n. 4, p. 95-111, 2016. Disponível em: <http://www.spell.org.br/documentos/ver/45484/adocao-de-tecnologia-em-hospitais-o-caso-da-adocao-do-sistema-aghu-pelos-hospitais-universitarios-do-brasil>. Acesso em: 03 dez. 2018.

VAGO, F. R. M. *et al.* A importância do gerenciamento de estoque por meio da ferramenta curva ABC. **Revista Sociais e Humanas**, v. 26, n. 3, p. 638-655, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/sociais humanas/article/view/6054/pdf>. Acesso em: 27 nov. 2018.

“MEDIDA HUIB”: DESAFIOS QUE PROMOVEM CUIDADO DA SAÚDE E MELHORIAS NA QUALIDADE DE VIDA DOS TRABALHADORES

Alexandra Vieira Batista

José Eliton Pereira

Renata Layne Paixão Vieira

Tayrine Matias de Paula

INTRODUÇÃO

As rotinas de trabalho de alguns profissionais, especialmente da área da saúde, acarretam desgaste tanto físico como emocional e podem repercutir negativamente no estilo de vida, no comportamento alimentar e na qualidade do sono, fatores que podem influenciar o desencadeamento, ou agravamento, das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e, como consequência, prejudicar o desempenho laboral (NOVAES NETO, 2017).

As DCNT, como hipertensão arterial, diabetes e obesidade, representam sérios problemas de saúde pública, sendo as principais causas de morte no mundo. Essas doenças apresentam como deter-

minantes: tabagismo, uso indiscriminado de álcool, atividade física insuficiente e alimentação inadequada, fatores de risco que podem ser modificáveis de modo a reduzir a morbimortalidade por problemas secundários às DCNT (KOTEKEWIS; RIBEIRO; RIBEIRO, 2017).

Assim, além de promover saúde, a adoção de um estilo de vida pautado na alimentação saudável e na prática de atividade física tem potencial para contribuir na melhoria do bem-estar, na qualidade e no desempenho das atividades laborais, bem como na influência para menores chances de adoecimento, reduzindo, assim, a possibilidade de absenteísmo (SOUSA *et al.*, 2017).

Atualmente, sabe-se que os recursos humanos e o capital intelectual são os principais recursos de que uma organização pode dispor, de forma que esforços são empreendidos para promover programas de qualidade de vida no trabalho (QVT) que valorizem os colaboradores e estimulem hábitos de vida mais saudáveis, proporcionando benefícios a ambos: indivíduo e organização. Para esta, há a diminuição do número de acidentes de trabalho, menor custo com a saúde do trabalhador e melhoria no clima organizacional. Para aquele, há melhoria na motivação e na autoestima, diminuição do estresse e maior produtividade.

Conforme França (1997, p.80):

Qualidade de vida no trabalho (QVT) é o conjunto das ações de uma empresa que envolvem a implantação de melhorias e inovações gerenciais e tecnológicas no ambiente de trabalho. A construção da qualidade de vida no trabalho ocorre a partir do momento em que se olha a empresa e as pessoas como um todo, o que chamamos de enfoque biopsicossocial.

Nesse contexto, o projeto Medida Hospital Universitário Júlio Bandeira (HUIJB) foi idealizado pela Divisão de Gestão de Pessoas (DivGP), em parceria com o Serviço de Nutrição e Dietética do HUIJB, como atividade da Semana da Qualidade de Vida no Trabalho. O pro-

jeto Medida HUIJB objetivou o empoderamento dos profissionais que trabalham no HUIJB, no que diz respeito à adoção de hábitos de vida saudáveis, com vistas à promoção e proteção da saúde. Além disso, teve como finalidade potencializar a qualidade de vida no trabalho, melhorando o desempenho.

SISTEMATIZAÇÃO DO PROJETO

Todos os profissionais que trabalham no HUIJB foram convidados a participar do projeto, após amplo esclarecimento sobre seu objetivo. Os interessados fizeram suas inscrições por meio de preenchimento on-line de ficha, contendo dados pessoais, hábitos de vida, parâmetros dietéticos, além de dados clínicos. Posteriormente, o estado antropométrico dos inscritos foi avaliado pelos nutricionistas, os quais aferiram medidas de peso, estatura e circunferência da cintura (Fig. 1), classificando cada indivíduo conforme o índice de massa corporal (IMC) e o risco para desenvolvimento de doença cardiovascular, com base na circunferência da cintura.

FIGURA 1 – OBTENÇÃO DE MEDIDA ANTROPOMÉTRICAS



Fonte: DivGP/HUIJB.

Para traçar o diagnóstico nutricional, foram utilizados os parâmetros ilustrados no Quadro 1:

QUADRO 1 – PARÂMETROS PARA DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL

PARÂMETRO	VALORES DE REFERÊNCIA
IMC	18,5 a 24,9 kg/m ² (normalidade); 25 a 29,9 kg/m ² (sobrepeso); 30 a 34,9 kg/m ² (obesidade grau I); 35 a 39,9 kg/m ² (obesidade grau II); e ≥40 kg/m ² (obesidade grau III).
CIRCUNFERÊNCIA DA CINTURA	•Homens: ≤ 94 cm (normalidade); ≥ 95 cm (risco de complicações associadas à obesidade). •Mulheres: ≤ 80 cm (normalidade) ≥ 81 cm (risco de complicações associadas à obesidade).
CONSUMO DE ÁGUA	≥ 1,5 L (boa ingestão); < 1,5 L (necessidade de intervenção)
CONSUMO DE FRUTAS	Não consomem frutas diariamente ou consomem frutas diariamente.
CONSUMO DE HORTALIÇAS	Não consomem hortaliças diariamente ou consomem hortaliças diariamente.
INGESTÃO DE ALIMENTOS ULTRAPROCESSADOS	Não consomem com frequência (<3x/semana) Consumem com frequência (≥ 3x/semana).
PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA	Não praticam atividade física regular ou praticam atividade física regular (pelo menos 30 minutos/dia, pelo menos 3x/semana)

Fonte: Elaborado pela equipe de pesquisa (2018).

Após a avaliação nutricional, foi criado um grupo em um aplicativo de mensagens instantâneas (*WhatsApp*), no qual todos os par-

ticipantes do Medida HUIB foram inseridos. Os integrantes foram divididos em dois grupos e, a partir disso, a interação e o espírito de competição foram sendo estabelecidos, propiciando um ambiente virtual envolvente. Esse espaço foi um importante instrumento de interação social, elucidação de dúvidas e estímulo à adoção de hábitos de vida condizentes com a boa saúde e a qualidade de vida no trabalho.

A partir dos resultados obtidos com a avaliação nutricional, foram traçadas estratégias de intervenção pautadas no estímulo à adoção de um estilo de vida saudável, de forma a respeitar as características culturais, sociais e econômicas dos participantes, baseando-se nas seguintes recomendações não medicamentosas: alimentação saudável, com ênfase no aumento do consumo de alimentos *in natura*; redução da ingestão de alimentos processados e ultraprocessados; e combate ao sedentarismo, por meio da adoção de prática de atividade física programada e orientada.

Para isso, toda semana era lançado um desafio para que os grupos cumprissem a tarefa proposta. Ao longo do Medida HUIB, foram propostos seis desafios, baseados nos resultados de cada um dos parâmetros avaliados, de maneira que os participantes tomavam conhecimento do diagnóstico do grupo.

Um dos parâmetros avaliados foi o consumo de água, compreendendo tratar-se do elemento mais importante do corpo, desempenhando um papel fundamental em todos os órgãos do corpo humano. Tendo em vista que 29% dos integrantes consumiam menos de 1,5 litro de água por dia, o primeiro desafio do Medida HUIB consistiu no aumento do consumo do líquido. Como forma de pontuar, os participantes precisavam postar uma foto no grupo do *WhatsApp* com uma garrafa ou um copo (Fig. 2).

FIGURA 2 – DESAFIO 1: CONSUMO DE ÁGUA



Fonte: DivGP/HUJB.

O segundo e o quarto desafios foram elaborados de acordo com o parâmetro da atividade física. No diagnóstico grupal, foi detectado que 52% dos participantes não praticavam exercícios físicos regularmente. Para isso, foi convidado um educador físico, que orientou os participantes a realizarem uma série de agachamentos, abdominais, flexão de braço e, por fim, os chamados *burpees* (exercício que trabalha toda a musculatura do corpo, com movimentos de agachamento, flexão e salto com os braços para o alto), orientação realizada através da gravação de um vídeo postado no *WhatsApp*.

O terceiro desafio foi elaborado para estimular a ingestão de frutas e verduras, visto que, dos integrantes do grupo, 57% não tinham o hábito de consumir esses alimentos diariamente. Foi proposto então que os participantes consumissem, pelo menos, 1 porção de fruta no lanche e 1 porção de salada no almoço ou no jantar e comprovassem esse consumo enviando uma foto no grupo do *WhatsApp*, para obter pontuação para seu grupo (Fig. 3 e 4).

FIGURA 3 – DESAFIO 3: INGESTÃO DE FRUTAS E VERDURAS



Fonte: DivGP/HUJB.

FIGURA 4 – DESAFIO 3: INGESTÃO DE FRUTAS E VERDURAS



Fonte: DivGP/HUJB.

O quinto desafio foi intitulado de “Desafio da Confiança” e, ao contrário dos outros, este não foi pontuado. O objetivo era que os participantes pudessem, até o encerramento do Medida HUIB, eliminar da sua alimentação os produtos industrializados (ultraprocessados), tais como: refrigerantes, biscoitos recheados, macarrão instantâneo, temperos prontos, hambúrguer, batata frita, balas, sal-sicha e embutidos em geral. Para isso, os participantes publicavam a foto e listavam quais eram os alimentos que iriam parar de consumir.

O sexto e último desafio foi sugerido com o intuito de estimular os participantes a colocarem em prática todos os hábitos aprendidos no decorrer do Medida HUIB. Para cumprirem o “Desafiozão”, como foi chamado, os participantes precisavam postar no grupo do *WhatsApp* uma foto com sua garrafa de água, uma foto com uma fruta e outra com uma porção de salada, um vídeo realizando qualquer exercício físico e, por fim, um texto relatando a importância do Medida HUIB para a sua vida. Cada foto, vídeo e texto somavam pontos aos grupos (Fig. 5).

FIGURA 5 – DESAFIO 6: “DESAFIOZÃO”



Fonte: DivGP/HUIB.

Com os depoimentos, os participantes demonstraram reconhecer a importância do programa para a tomada de decisão no que diz respeito à adoção de hábitos de vida mais saudáveis, além de ter permitido estreitamento dos laços de amizade entre os profissionais, proporcionado pelo ambiente de competição leve e agradável, conforme se observa:

O Medida HUIB me incentivou a melhorar a minha qualidade de vida, de forma que passei a ingerir muito mais líquidos, frutas e verduras, além de diminuir a ingestão de produtos industrializados, coisa que fazia diariamente. Resultado: melhora da concentração na hora de estudar, melhora no desempenho de atividades diárias e, por último e não menos importante, menos 3cm de cintura! Não sei se todos esses resultados têm ligação com os novos hábitos, mas que foi depois que me engajei no medida, isso foi! Obrigada por lançarem esse “desafio”, que acabou me trazendo hábitos saudáveis. A equipe organizadora está de parabéns! (C. L. B. H. – recepcionista).

A intenção do Medida HUIB é promover uma reflexão sobre nossos estilos de vida atuais. Só a reflexão pode nos levar à mudança e, quando um grupo está unido e se estimula, mesmo que por aquele momento façamos um estilo saudável, já é o início do que propõe o grupo. Eu estou ainda na busca do melhor estilo de vida, mas com certeza o Medida HUIB promoveu essa reflexão em mim. Agora, é manter o que foi mudado e progredir cada vez mais para uma vida mais saudável. Serviu até para eu ver que preciso trabalhar menos e me cuidar e cuidar mais da minha família. (O. B. M. F. – médico).

O Medida HUIB foi uma iniciativa marcante no ano de 2018. Parabéns aos idealizadores! É preci-

so reconhecer e aplaudir o que realmente faz bem. A saúde humana, em minha humilde concepção, precisa ser entendida do ponto de vista holístico. O corpo humano funciona como uma máquina em que todas as engrenagens precisam funcionar harmonicamente. Os profissionais da nutrição e da educação física desempenham papel fundamental em uma sociedade que pretenda ser verdadeiramente saudável. Meu abraço sincero a todos os participantes. Valeu demais! (J. F. M. – advogado).

Eu particularmente aprendi a viver de uma maneira mais saudável e sem passar fome. Além de ter me divertido bastante, consegui entender o quanto é necessária a alimentação saudável. Muito embora a minha idade já era *pra* entender há muito tempo. Brincadeira, sou muito jovem depois desse Medida. O mais importante agora é dar continuidade ao Medida, seja ele no HUIB, em casa ou até mesmo nos passeios. Amei participar! (M. V. S.–auxiliar operacional).

Desde o início do projeto, os colaboradores mostraram-se bastante empenhados nas atividades propostas, demonstrando interesse em melhorar seu nível de saúde. Nesse sentido, foi gratificante para os idealizadores do projeto ver a empolgação e a adesão dos colaboradores, sendo identificadas mudanças no estilo de vida à medida que os desafios eram lançados e cumpridos pelos integrantes.

Além desses desafios, foi realizada uma atividade de ginástica laboral conduzida pelos fisioterapeutas, que atuaram em diversos setores do hospital, propondo atividades de alongamento e relaxamento (Fig. 6 e 7), proporcionando aos profissionais um ambiente mais leve, aproximando-os de seus colegas, além de influenciar na melhoria da satisfação com a empresa e interferir positivamente na motivação.

FIGURA 6 – GINÁSTICA LABORAL



Fonte: DivGP/HUIB.

FIGURA 7 – GINÁSTICA LABORAL



Fonte: DivGP/HUIB.

Ao final de todos os desafios, foram somados os pontos de cada grupo e aquele com maior pontuação foi considerado o vencedor do Medida HUIB. De forma simbólica, em cerimônia promovida no próprio hospital, com a presença de colaboradores, gestores e idealizadores do projeto, foram distribuídas medalhas a todos os participantes do grupo considerado campeão (Fig. 8 e 9). Além disso, foram eleitas três pessoas que se destacaram na competição: uma por apresentar maior percentual de perda de medidas (peso, circunferência da cintura e IMC), outra escolhida pelo próprio grupo como integrante mais proativo durante a duração do projeto, e uma última, por ter escrito o depoimento mais emocionante.

FIGURA 8 – PREMIAÇÃO DO MEDIDA HUIB



Fonte: DivGP/HUIB.

FIGURA 9 – RESPONSÁVEIS PELO MEDIDA HUIB



Fonte: DivGP/HUIB.

O sucesso do Medida HUIB foi evidenciado não apenas através da avaliação dos resultados coletivos, mas também pela identificação de evoluções significativas no estado nutricional de alguns participantes. Pode-se citar como exemplo a colaboradora que teve maior destaque, a qual reduziu, em cerca de 60 dias, 4 kg, 6 cm de circunferência da cintura e seu IMC passou de 27,2 kg/m² para 25,5 kg/m². Além dessa participante, o segundo colocado perdeu 3,6 kg e 5,7 cm de circunferência da cintura. Outro competidor saiu do sobrepeso para a eutrofia, entre outros diversos participantes que apresentaram resultados satisfatórios.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais da saúde constantemente estão lidando com situações estressantes, tais como: pronto atendimento à demanda

de pacientes, carga horária de trabalho extensa, reduzido número de profissionais para cumprir as atividades assistenciais, além de estarem sujeitos a erros que podem causar danos irreversíveis a quem está sendo atendido. Isso afeta diretamente a qualidade de vida no trabalho e o rendimento, contribuindo para o desenvolvimento de doenças ocupacionais, altas taxas de absenteísmo e predisposição a DCNT.

Considerando que essa situação gera prejuízos tanto para o funcionário quanto para a organização e, conseqüentemente, para os usuários dos serviços de saúde, a promoção da saúde ocupacional por meio de programas de QVT que valorizem os colaboradores e estimulem hábitos de vida mais saudáveis é fundamental para prevenção de crises de ansiedade, depressão e DCNT, melhorando o desempenho laboral e a satisfação profissional, bem como gerando uma assistência de qualidade para o paciente.

Dentro desse contexto, o Medida HUIJ foi bastante inovador no sentido de utilizar uma ferramenta tão atual, dinâmica e interativa para promover saúde e qualidade de vida aos colaboradores, propagando conhecimento, estreitando vínculos e integrando os mais diversos setores do hospital, além de servir para propor novos hábitos de vida e tomada de consciência. O grupo do *WhatsApp* permitiu a sociabilidade saudável, ou seja, as equipes, à medida que iam se engajando, compartilhavam informações importantes e estimulavam uns aos outros a cumprirem os desafios.

Ademais, foi possível perceber, entre os participantes do Medida HUIJ, a ocorrência de pequenas mudanças com efeitos positivos imediatos e de longo prazo. Nada é tão recompensador como ver uma pessoa aumentar seu nível de saúde após ser informado sobre alguma conduta positiva e passar a adotá-la ou por ser estimulada a fazer aquilo que já sabia, mas ainda não fazia e passou a fazer.

O principal objetivo não era ficar com o corpo mais bonito, mas ajudar as pessoas a se tornarem mais ativas e com melhor qualidade

de vida, incentivar os colaboradores a mudarem algumas atitudes e buscarem um estilo de vida que lhes proporcionasse bem-estar. A inclusão de hábitos saudáveis mantém a saúde física e mental, assim como melhora a autoestima e promove a redução nos sintomas de ansiedade.

REFERÊNCIAS

FRANÇA, A. C. L. Qualidade de vida no trabalho: conceitos, abordagens, inovações e desafios nas empresas brasileiras. **Revista de Medicina Psicossomática**, Rio de Janeiro, v. 1, nº 2, p. 79-83, abr./maio/jun. 1997.

KOTEKEWIS, K.; RIBEIRO, R. P.; RIBEIRO, B. G. Doenças crônicas não transmissíveis e o estresse dos trabalhadores de enfermagem de bloco cirúrgico. **Enfermaria Global**, n. 46, p. 305, 2017.

NOVAES NETO, E. M. Doenças crônicas (*diabetes mellitus* e hipertensão arterial) entre trabalhadores da saúde na Bahia: análise de relação com hábitos de vida e estressores ocupacionais. In: Seminário de Iniciação Científica, n. 21, **Anais [...]**, 2017.

SOUSA, P. T. *et al.* Sedentary behavior among professionals in the family health strategy/Comportamento sedentário entre profissionais da Estratégia de Saúde da Família/Comportamento sedentário entre profissionais de estratégia. **Revista de Enfermagem da UFPI**, v. 6, n. 3, p. 24-29, 2017.

.....

**ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE
RISCO: PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS QUE
ATUAM EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
NO ALTO SERTÃO PARAIBANO**

.....

Esther Dias Pedrosa

Kennia Sibelly Marques de Abrantes

Geofabio Sucupira Casimiro

Kildery Marques de Abrantes

Geovannya Iran de Santana Andrade

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado por meio da Constituição Federal Brasileira em 1988, é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo e apresenta como princípios norteadores a integralidade, a universalidade e a equidade (ROSSANEIS *et al.*, 2011). Entretanto o SUS tem enfrentado sérios problemas no que se refere à garantia desses princípios, principalmente no setor de urgência e emergência, o que se reflete diretamente na

qualidade do atendimento e na resolatividade dos problemas (NASCIMENTO *et al.*, 2011).

Os serviços de urgência e emergência são responsáveis por atender aos pacientes que estão em situações agudas e apresentam risco eminente de morte ou sofrimento intenso. Porém a maioria dos usuários que procura por assistência nessas unidades não se enquadra nesses critérios, e seus problemas poderiam ser resolvidos no nível básico de atenção (LOPES, 2011).

A demanda reprimida de outros setores, juntamente com a prestação de uma assistência fragmentada, torna os serviços de emergência uma das principais portas de entrada do sistema de saúde, somada com a falta de organização do trabalho. Isso gera muitas complicações e atinge diretamente a qualidade do atendimento, pois todos os pacientes que chegam ao serviço, desde os casos mais simples até os mais graves, são atendidos, porém sem uma classificação prévia para avaliar sua necessidade e o grau de risco, o que configura o atendimento por ordem de chegada e agrava o estado clínico dos pacientes (OLIVEIRA; GUIMARÃES, 2013).

Tendo em vista a realidade apresentada nos serviços públicos de urgência e emergência do Brasil, o Ministério da Saúde (MS), no ano de 2004, lançou a Política Nacional de Humanização (PNH)–ou Humaniza SUS–que propõe como estratégia o acolhimento com classificação de risco, com a intenção de ampliar o acesso a toda a população, reduzir as filas e o tempo de espera e propor, a utilização de protocolos de classificação de risco para reorganizar o fluxo de atendimento e contribuir assim para promover saúde (PAI; LAUTERT, 2011).

O acolhimento é uma ação que propõe mudanças no relacionamento entre o profissional, o usuário e a rede social, por meio de medidas que possibilitem o desenvolvimento de um atendimento ético, humano e solidário, em que sejam colocados em prática os

princípios do SUS, como a equidade, a universalidade, a acessibilidade e a integralidade (OLIVEIRA; GUIMARÃES, 2013).

Nesse sentido, a classificação de risco tem o objetivo de reconhecer e organizar o atendimento de acordo com as necessidades do usuário, substituindo a triagem excludente por um modelo acolhedor, pois, além de organizar a fila de espera e propor outra ordem de atendimento que não a ordem de chegada, objetiva garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado (BRASIL, 2009).

Ressalte-se, todavia, que, mesmo com a implantação da PNH, são muitos os desafios que ainda existem para padronizar o atendimento nos serviços de urgência e emergência no Brasil, como, por exemplo, investimento financeiro, capacitação dos profissionais da saúde e treinamento de enfermeiros para utilizar protocolos de classificação de risco (ANZILIERO, 2011).

Por fim, ao considerar a escassez de discussão sobre esse tema na realidade local e a necessidade de identificar os problemas na utilização e na prática da classificação de risco e buscar as condições necessárias para solucioná-los, pensou-se em fazer este estudo, pois a falta de conhecimento pode gerar grandes obstáculos para sua efetivação na prática. Nessa perspectiva, o objetivo deste estudo é analisar a percepção dos enfermeiros que atuam em um Hospital Universitário do Alto Sertão paraibano acerca da implantação do acolhimento com classificação de risco.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa, por meio da qual foi possível explorar e saber a opinião dos indivíduos (enfermeiros) sobre a implantação do aco-

lhimento com classificação de risco (ACR) em um Hospital Universitário no Alto Sertão paraibano. O estudo foi desenvolvido no pronto atendimento pediátrico do Hospital Universitário Júlio Bandeira do município de Cajazeiras, Paraíba, Brasil.

Participaram desta pesquisa os trabalhadores da saúde (enfermeiros) que atuam no pronto atendimento pediátrico do referido hospital fazendo o ACR. Não foi estipulado o quantitativo numérico de enfermeiros que participariam do estudo, porquanto a pesquisa qualitativa utiliza uma amostragem expressiva em diversidade e profundidade até atingir a saturação dos dados.

Para selecionar os profissionais que iriam participar da pesquisa, foram adotados os seguintes critérios de inclusão: atuar no serviço de pronto atendimento no período anterior à implantação do ACR, quando o atendimento ao usuário era por ordem de chegada ou gravidade; estar em exercício pleno das funções, no período da coleta dos dados; e aceitar participar da pesquisa, atestando sua concordância através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os dados foram coletados no mês de maio de 2016, por meio de uma entrevista semiestruturada. Para registrar os relatos dos enfermeiros, foram realizadas entrevistas gravadas, agendadas em data e horário oportunos e em ambiente privativo, depois de contato prévio. O roteiro de entrevista contemplou questões relativas à caracterização dos participantes e à sua percepção sobre a implantação do ACR no local do estudo.

Para analisar o material empírico, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo, proposta por Bardin (2009). A partir da análise do material obtido com a transcrição das falas dos entrevistados, emergiram dois núcleos de sentido: 1–percepção dos enfermeiros acerca da implantação do acolhimento com classificação de risco no HUIB; 2–

potencialidades e fragilidades com a implantação do acolhimento com classificação de risco.

O estudo foi realizado respeitando-se os aspectos éticos da pesquisa que envolve seres humanos e seguindo fielmente as observâncias éticas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi enviado para a Plataforma Brasil, a fim de ser avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), e aprovado com parecer favorável de número 1.515.892.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Para preservar o anonimato das participantes, conforme a ordem de realização das entrevistas, elas foram identificadas aleatoriamente pela letra ‘E’, seguida da numeração de 1 a 7.

CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA

No que diz respeito à idade dos sujeitos da pesquisa, variou entre 29 e 38 anos. Quanto ao sexo, a população estudada consiste de sete (n=7) profissionais do sexo feminino. No tocante à titulação dos enfermeiros, seis (n=6) apresentavam pós-graduação em nível *lato sensu* e um (n=1), graduação. No que se refere à realização de algum curso na área de emergência, seis (n=6) profissionais afirmaram que já fizeram curso de atualização e um (n=1) cursou uma especialização na área. No que concerne às variáveis “tempo” e “realização de curso em classificação de risco”, observou-se um período mínimo de quatro e máximo de onze anos. Cinco (n=5) enfermeiras disseram ter o curso, e duas (n=2) ainda não haviam realizado, respectivamente.

NÚCLEOS DE SENTIDO

PERCEPÇÃO DAS ENFERMEIRAS ACERCA DA IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO HUIJ

Nesse primeiro núcleo de sentido, são apresentadas as percepções das entrevistadas sobre a implantação do acolhimento com classificação de risco no hospital estudado. Esse núcleo foi formado com as seguintes unidades de registro e significação:

QUADRO 1 – UNIDADES DE REGISTRO E SIGNIFICAÇÃO DOS DEPOIMENTOS DAS ENFERMEIRAS SOBRE A IMPLANTAÇÃO DO ACR – CAJAZEIRAS, PB – 2016

QUANTIDADE DE SUJEITOS	UNIDADES DE REGISTRO	UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO
1	Formalização e respaldo legal	Formalizou e nos dá respaldo legal na triagem do atendimento.
4	Prioridade	No caso, o que mudou muito foi a prioridade que agora, depois do acolhimento, a gente <i>tá</i> realmente dizendo as necessidades que realmente... quem realmente necessita do atendimento (...).
1	Diminuição no tempo resposta	Após a implantação do acolhimento com classificação de risco, nós vivenciamos uma diminuição no tempo resposta.
1	Organização do fluxo	Selecionou as prioridades e organizou o fluxo.

Fonte: Elaborado pelos autores.

De modo geral, as enfermeiras avaliaram a implantação de forma positiva, porquanto todas destacaram a relevância do ACR para melhorar a qualidade da assistência prestada, como evidenciado nas falas a seguir:

De grande importância para toda a população atendida. (E5)

Avalio como positivo. Na minha opinião, a implementação do ACR só veio formalizar o atendimento, pois antes da implantação já tínhamos o hábito de fazer uma triagem e colocar as crianças mais graves com prioridade. (E1)

Eu parti... eu a... *pra mim tá ótimo, né?* A avaliação, *pra mim tá ótima a classificação (...)*. (E2)

A Portaria GM/MS 2048/2002 normatiza a implantação do ACR em serviços de urgência e emergência na perspectiva de propiciar o desenvolvimento de novas práticas assistenciais e proporcionar um atendimento de boa qualidade, de acordo com o que propõe o SUS (SANTOS, 2014).

O acolhimento propõe o acesso para todos os que procuram os serviços de saúde, oferecendo uma escuta qualificada de suas necessidades e possibilitando a resolutividade de seus problemas (OLIVEIRA; GUIMARÃES, 2013). Além disso, o ato de acolher proporciona a construção de laços para que o usuário se sinta mais confiante para expressar suas necessidades. Nesse sentido, o profissional poderá manejar a contento a situação ao realizar a classificação, principalmente se o paciente não apresentar estado clínico grave e precisar ser referenciado para os serviços da atenção básica, uma situação que, muitas vezes, gera constrangimentos para os profissionais. As falas seguintes confirmam essa assertiva:

(...) ainda hoje, vivenciamos uma tarefa árdua para educar a população quanto à importância da implantação do serviço. (E3)

(...) apesar que a população ainda não... assim, não se acostumou com esse tipo de... de... classificação, ainda acha que é por ordem de chegada, alguns pais não respeitam, mas depois... sabe? Que implantou... melhorou muito. (E2)

Os enfermeiros convivem com constantes conflitos e dificuldades para executar a classificação de risco, pois, além do desconhecimento e descontentamento dos usuários acerca da classificação, não há uma concordância entre os próprios profissionais quanto ao estabelecimento das prioridades (DURO *et al.*, 2014).

A classificação de risco envolve um processo de tomada de decisão baseada nos sinais e nos sintomas, cuja definição depende da avaliação crítica do enfermeiro que, além de analisar a sintomatologia apresentada, faz uma avaliação integral do paciente, observando o contexto em que ele está inserido para definir o critério de classificação, de acordo com o protocolo adotado. Esses protocolos auxiliam os enfermeiros a classificarem o paciente de acordo com seu grau de risco (INOUE *et al.*, 2015).

O protocolo de classificação de risco utilizado no atendimento do HUIB foi adaptado com base na escala de Manchester e dos preceitos do MS. Santos Filho (2013) afirma que, assim como outras, a escala de Manchester é constituída de cinco categorias ou níveis. Cada categoria é representada por uma cor, e o tempo provável até o primeiro atendimento médico configura-se da seguinte maneira: Nível 1: emergente, vermelho, imediato; Nível 2: muito urgente, laranja: 10 minutos; Nível 3: urgente, amarelo: 60 minutos; Nível 4: pouco urgente, verde: 120 minutos; Nível 5: não urgente, azul: 240 minutos.

De acordo com o relato, a implantação do ACR na instituição “organizou o fluxo e tenta orientar a população quanto ao nosso atendimento” (E6).

Um estudo realizado em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) da Zona da Mata mineira faz menção à afirmação acima, em

que enfermeiros entendem a classificação de risco como um instrumento de organização do processo de trabalho, em que o profissional pode nortear-se pelo sistema de triagem como um suporte durante a tomada de decisão (PINTO, 2015).

A partir da percepção das enfermeiras acerca da implantação do ACR, foi possível observar duas questões principais: mudanças para o serviço com a implantação do ACR no HUIB e mudanças para o usuário com a implantação do ACR no HUIB, que serão discutidas a seguir.

QUADRO 2 – MUDANÇAS PARA O SERVIÇO COM A IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO HUIB

QUANTIDADE DE SUJEITOS	UNIDADES DE REGISTRO	UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO
1	Formalização e respaldo legal	Formalizou e nos dá respaldo legal na triagem do atendimento.
5	Prioridade	No caso, o que mudou muito foi a prioridade que agora, depois do acolhimento, a gente tá realmente dizendo as necessidades.
1	Diminuição no tempo resposta	Nós vivenciamos uma diminuição no tempo resposta, principalmente... nos casos emergenciais.

Nota: Unidades de registro e significação dos depoimentos das enfermeiras quanto às mudanças para o serviço com o ACR – Cajazeiras-PB, 2016. Fonte: Elaborado pelos autores.

Quando o usuário chega ao serviço de emergência do HUIB, o contato inicial é feito pelos trabalhadores da recepção. Então, preenche-se uma ficha de atendimento com seus dados pessoais, e o usuário fica aguardando ser chamado para atendimento pelo enfermeiro da classificação. Esse, geralmente, é um processo rápido, e o usuário não fica esperando muito tempo.

A consulta de enfermagem deve ocorrer de forma ágil e precisa, visando ao acolhimento de todos os pacientes para organizar o

fluxo e classificar as prioridades de acordo com o grau de risco ou sofrimento (MACHADO, 2011).

Os serviços de urgência e emergência têm um alto índice de atendimentos diários com uma gama de problemas de saúde que requerem do profissional de enfermagem habilidades específicas para conduzir a situação. Para garantir ao usuário uma assistência de boa qualidade, é fundamental uma ferramenta de organização do trabalho. O ACR possibilita a organização do fluxo de atendimento, o que proporciona melhor visualização dos casos que requerem uma assistência imediata e garante a prioridade no atendimento por meio dos protocolos de classificação de risco.

Sobre a implantação do ACR no HUJB, veja-se a percepção dos enfermeiros:

Selecionou as prioridades e organizou o fluxo. (E6)
Mudou a forma do atendimento, procurando sempre priorizar os casos mais necessitados de emergência e orientando sempre todos no acolhimento para que entendam o que é demanda imediata. (E7)

De acordo com Santos Filho (2013), não existem muitos estudos que abordem medidas para melhorar o fluxo de pacientes nas emergências, porém se sabe que a classificação de risco é um processo fundamental para a organização desses serviços. Esses sistemas de classificação garantem uma avaliação integral do paciente e um julgamento clínico fidedigno à sua condição de saúde.

Então, após a implantação do acolhimento com classificação de risco, nós vivenciamos uma diminuição no tempo resposta, principalmente... nos casos emergenciais é... sempre com o melhor prognóstico do paciente que é atendido de forma imediata. (E3)

A classificação de risco garante atendimento imediato aos usuários em situações críticas de saúde. Diferentemente do antigo modelo de triagem, em que os pacientes eram excluídos do atendimento na porta de entrada, sem que houvesse uma avaliação prévia de sua necessidade, a classificação de risco visa atender a todos, de acordo com o grau de prioridade (WEYKAMP *et al.*, 2015), como expressam estes discursos:

Através da CR, podemos priorizar os atendimentos mais urgentes. (E4)

Agora podemos dar um atendimento melhor, visando às prioridades. (E5)

A prioridade! No caso, o que mudou muito foi a prioridade que agora, depois do acolhimento, a gente *tá* realmente dizendo as necessidades que realmente... quem realmente necessita do atendimento e que vem aqui *pra* passear, porque tem umas mães aqui que vêm pra passear, tirando isso... [risos]. (E2)

Com a utilização de protocolos de classificação, os trabalhadores de saúde estão assegurados nas condutas tomadas no momento da classificação. Na fala seguinte, o enfermeiro afirma que o ACR:

Formalizou e nos dá respaldo legal na triagem do atendimento. (E1)

A utilização desses protocolos garante a segurança dos profissionais e dos usuários, pois os profissionais terão respaldo legal nas condutas adotadas com base nos critérios de classificação, e os usuários terão uma boa assistência, já que ela será mais direcionada (DURO *et al.*, 2014). Por essa razão, é tão importante a capacita-

ção contínua desses profissionais e a utilização de protocolos para atuarem com mais aptidão na classificação de risco e assim proporcionarem um atendimento humanizado e de boa qualidade (SILVA; MORAES; RIBEIRO, 2015).

QUADRO 3 – MUDANÇAS PARA O USUÁRIO COM A IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO HUIB

QUANTIDADE DE SUJEITOS	UNIDADES DE REGISTRO	UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO
1	Positivo	Eu acredito que ACR é positivo tanto para o usuário como para a instituição.
1	Qualidade do atendimento	Melhorou bastante a qualidade do atendimento.
1	Menos tempo de espera	O usuário que necessita do atendimento, principalmente os casos mais graves, eles dispõem de um tempo menor de espera.
1	Garantia do acesso	A assistência ao usuário, através da garantia do acesso especialmente aos que necessitam de atendimento prioritário.
2	Agilidade	Muda o fato de que os casos mais urgentes são atendidos com mais agilidade.
1	Prioridade	Para muitos, mudou a forma de pensar quanto às prioridades de cada caso

Nota: Unidades de registro e significação dos depoimentos das enfermeiras quanto às mudanças para o usuário com o ACR – Cajazeiras-PB, 2016. Fonte: Elaborado pelos autores.

A falta de resolutividade da atenção primária à saúde direciona a população a procurar atendimento em serviços especializados, pois sabe que, ao chegar a esses serviços, será atendida, e seus problemas serão resolvidos (MACHADO, 2011).

A demanda reprimida desses setores superlota os serviços de emergência e sobrecarga de trabalho para os profissionais. Por essa razão, o ACR é tão importante, porque possibilita que todos sejam atendidos, e os casos mais urgentes tenham prioridade em relação

aos não urgentes. A redução do tempo de espera minimiza os efeitos negativos sobre o estado de saúde do paciente e evita que seu quadro clínico se agrave (SHIROMA; PIRES, 2011), conforme as falas a seguir:

Então, o... o usuário que necessita do atendimento, principalmente os casos mais graves, eles dispõem de um tempo menor de espera, não comprometendo seu estado geral, e isso foi uma grande vantagem na implantação do serviço. (E3)

Muda o fato de que os casos mais urgentes são atendidos com mais agilidade, e pode-se dar um atendimento a mais. (E5)

Dessa forma, todos os usuários são acolhidos e classificados. Porém, os que não são casos urgentes e podem ser referenciados para a atenção básica são informados acerca dos motivos que levaram o profissional a tomar tal conduta.

As falas abaixo são relativas ao ACR:

Pra alguns, *pra* os que entendem, segundo eles, melhorou bastante a qualidade do atendimento, melhorou... o tempo de espera, também... agora que, *pra* os usuários que ainda *está acostumado* naquela... por ordem de chegada, *pra* eles não mudou nada, piorou a situação. (E2)

Para muitos, mudou a forma de pensar quanto às prioridades de cada caso, apesar de ainda existirem pessoas que não aceitam e nem se acostumam com o ACR. (E7)

Os usuários que compreendem o real sentido da classificação de risco entendem que essa ferramenta pode lhes proporcionar benefícios como menos tempo de espera para os casos mais graves, atendimento prioritário, organização do fluxo, atendimento humanizado e escuta qualificada. Mas os que ainda não se adaptaram a esse modelo

de classificação realmente devem retrucar bastante quando recebem uma classificação azul, pois terão que esperar pessoas com prioridade até serem atendidas (SANTOS, 2014).

POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES DA IMPLANTAÇÃO DO ACO-
LHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Nesse segundo núcleo de sentido, são apresentadas as potencialidades e as fragilidades percebidas com a implantação do ACR no hospital em estudo. Esse núcleo foi formado a partir das seguintes unidades de registro e significação:

QUADRO 4 – UNIDADES DE REGISTRO E SIGNIFICAÇÃO DOS
DEPOIMENTOS DAS ENFERMEIRAS A RESPEITO DAS POTENCIALIDADES
E DAS FRAGILIDADES COM O ACR – CAJAZEIRAS, PB – 2016

QUANT. DE SUJEITOS	UNIDADES DE REGISTRO	UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO
2	P: Prioridade; F: Falta de comunicação com a atenção básica	Potencialidade: Porque priorizamos as urgências. Fragilidade: Não existe fragilidade para ACR no HUJB, existe sim a falta de apoio por parte da rede básica, que não nos dá suporte (...).
1	F: Aceitação da população e agressões aos profissionais	A fragilidade maior é a aceitação, e a gente também assim... devido à não aceitação, a gente termina sendo vulnerável (...).
1	P: Prioridade F: Falta de conhecimento da população	Com a implantação, <i>nós conseguimos distinguir os casos urgentes dos não urgentes e garantimos o atendimento prioritário (...). O que mais dificulta o funcionamento é educar a população (...).</i>
1	P: Organização do fluxo, pacientes informados, prioridade no atendimento; F: Aceitação	Organização no fluxo do atendimento médico e administração de medicamentos, usuários mais informados, atendimento mais rápido nos casos mais necessários. Fragilidades: Aceitação dos pais (...).
2	F: Falta de conhecimento da população	A população não entender a importância do ACR.

Legenda: P – potencialidade; F – fragilidade. Fonte: Elaborado pelos autores.

A principal finalidade da implantação do ACR é eliminar as enormes filas de espera nos setores de urgência e emergência e reorganizar os atendimentos através da avaliação das necessidades de cada usuário (LIMA NETO *et al.*, 2013).

Com a implantação, nós conseguimos distinguir os casos urgentes dos não urgentes e garantimos o atendimento prioritário, nos casos mais graves, e o profissional... ele tem uma visão ampla dos que buscam o serviço e, com certeza, a assistência é feita de forma organizada. (E3)

Essa fala menciona com clareza as potencialidades obtidas com a implantação do ACR e que está totalmente de acordo com o que é proposto pela ferramenta. O ACR facilita diferenciar os pacientes críticos dos não críticos com a organização do fluxo e possibilita o estabelecimento de prioridades de acordo com o contexto biopsi-
cossocial do paciente.

De acordo com as enfermeiras abaixo, o ACR também contribui:

(...) com a organização no fluxo do atendimento médico e administração de medicamentos, usuários mais informados, atendimento mais rápido nos casos mais necessários. (E7)

(...) o direcionamento do atendimento (...). (E6)

Dessa forma, é possível garantir uma assistência estruturada e organizada, com o direcionamento dos pacientes dentro e fora do serviço, quando eles são referenciados para outros níveis de atenção. Uma assistência prestada de forma organizada possibilita o direcionamento do fluxo de atendimentos e a qualificação da comunicação entre a equipe durante o atendimento.

Convém enfatizar que, apesar de todos os benefícios obtidos com a implantação do ACR, existem muitas barreiras que precisam ser vencidas para que ele seja executado de forma eficaz. Uma das principais dificuldades encontradas é o grande número de atendimentos diários, muitos dos quais poderiam ser realizados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), mas, devido à falta de resolutividade dos serviços de atenção básica, os usuários acabam optando pelo atendimento da emergência hospitalar, pois, de acordo com a proposta do ACR, todos devem ser ouvidos e receber um atendimento resolutivo (AZEVEDO *et al.*, 2010). Tal fato está evidenciado nesta fala:

(...) existe sim a falta de apoio por parte da rede básica que não nos dá suporte, onde muito dos nossos atendimentos são atendimentos da rede básica, e assim sobrecarrega nosso serviço. (E1)

Além da não resolutividade da atenção básica, outro fator que tem dificultado a realização do ACR é a falta de entendimento da população acerca da classificação de risco. Muitos pais ainda não compreendem que a classificação de risco serve para priorizar os casos mais graves e que, mesmo que tenham chegado primeiro, terão que esperar, caso exista alguma criança com estado clínico mais grave (DURO *et al.*, 2014), como ilustra esta fala:

O que mais dificulta o funcionamento é educar a população, que ainda tem a visão do atendimento por ordem de chegada e se recusa a serem encaminhados, quando necessário, aos serviços referenciados. (E3)

A falta de conhecimento da população sobre a finalidade do ACR tem dificultado sua execução, porquanto os profissionais se sentem pressionados a realizar a classificação, principalmente quando o

paciente deve ser encaminhado para os serviços de atenção básica, conforme observado nas seguintes falas:

(...) devido a não aceitação, a gente termina sendo vulnerável, fica vulnerável a... a... qualquer risco... aqui... com a classificação, porque às vezes os pais não aceitam, então o que é que eles fazem... a defesa deles é nos agredir pra obter o atendimento... então a maior fragilidade que há pouco tempo assim... que eu vejo... pra gente... é isso... é assim... a... a... gente não puder se defender, porque nossa única defesa é a escala de Manchester, tirando isso a gente não tem outra defesa, então é só essa questão de... de... realmente bater na tecla em cima da população o que seria essa escala, como é o atendimento a partir dessa escala, porque a gente fica sem defesa nenhuma diante do... de algumas agressões, né... de alguns pais (...). (E2)

Temos tentado diariamente explicar a população sobre a importância da CR, mas isso ainda gera algumas situações críticas. (E4)

O fato de os pacientes não aceitarem a prioridade estabelecida no momento da triagem tem acarretado constantes conflitos quando se vai operacionalizar a classificação de risco. Isso pode estar relacionado ao sentimento de abandono por causa da descontinuidade do serviço (WEYKAMP *et al.*, 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados, pode-se inferir que a implantação do ACR no Hospital Universitário em estudo foi muito positiva e possibilitou o desenvolvimento de práticas assistenciais voltadas para

humanizar o atendimento e reorganizar o fluxo, proporcionando uma atenção integral direcionada ao grau de risco ou sofrimento do paciente.

Em suas falas, as participantes deixaram claro que as mudanças advindas da implantação trouxeram muitos benefícios para os usuários e a instituição, no que tange à redução do tempo de espera, à garantia de atendimento imediato para os casos mais graves, ao atendimento por prioridade e não mais por ordem de chegada e, principalmente, a um acolhimento com vistas à humanização.

Ressalte-se, no entanto, que, embora sejam notórias essas conquistas, deve-se considerar que existem algumas limitações para que a operacionalização do ACR ocorra satisfatoriamente, entre elas, a falta de conhecimento da população sobre a finalidade do ACR e, consequentemente, o não entendimento da relevância do ACR, bem como a falta de apoio por parte da rede básica de saúde.

Assim, considerando esses aspectos, entende-se que é necessário reorganizar a atenção básica, desenvolver práticas educativas voltadas para informar a população sobre o ACR e dar mais incentivo para a construção de redes entre os níveis de atenção, pois, embora essas ações já tenham sido preconizadas, não estão sendo eficazes para solucionar os problemas, visto que muitos atritos entre os usuários e os profissionais ainda ocorrem em decorrência da falta de conhecimento da população sobre o ACR e a rejeição ao serem encaminhados para a atenção básica.

Cabe ao profissional de enfermagem, ou melhor, ao enfermeiro do serviço de urgência e emergência, a responsabilidade de educar a população sobre o protocolo de classificação de risco, com orientações pertinentes sobre sua finalidade e funcionalidade dentro e fora da instituição, além de realizar um atendimento humanizado, garantir a resolutividade dos problemas do usuário e classificá-lo de acordo com o seu potencial de risco.

REFERÊNCIAS

ANZILIERO, F. **Emprego do Sistema de Triagem de Manchester na Estratificação de Risco**: revisão de literatura. 47f. Monografia (Escola de Enfermagem)–Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 2011.

AZEVEDO, A. L. C. S. *et al.* Organização de serviços de emergência hospitalar: uma revisão integrativa de pesquisas. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, p. 736-745, 2010. Disponível em: <http://revistas.ufg.emnuvens.com.br/fen/article/view/6585/8497>. Acesso em: 19 abr. 2016.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**: acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 56 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

DURO, L. M. *et al.* Percepção do enfermeiro sobre a classificação de risco em unidades de pronto atendimento. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 15, n. 3, p. 447-454, maio/jun. 2014.

INOUE, K. C. *et al.* Avaliação da qualidade da classificação de risco nos Serviços de Emergência. **Acta Paul Enferm**, v. 28, n. 5, p. 420-5, 2015.

LIMA NETO, A.V. *et al.* Humanização e acolhimento em emergência hospitalar: fatores condicionantes sob o olhar dos enfermeiros. **J. res.: fundam. care. online**, v. 4, n. 4, p. 519-28, 2013.

LOPES, J. B. **Enfermeiro na Classificação de Risco em Serviços de Emergência**: revisão integrativa. 36f. Trabalho de conclusão de curso (Escola de Enfermagem)–Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 2011.

MACHADO, S. **Desafios e possibilidades da triagem na emergência**. 42f. Monografia (Especialização)–Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2011.

NASCIMENTO, E. R. P. *et al.* Acolhimento com classificação de risco: avaliação dos profissionais de enfermagem de um serviço de emergência. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, v. 13, n.4, p. 597-603, out./dez, 2011. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v13/n4/pdf/v13n4a02.pdf. Acesso em: 08 abr. 2016.

OLIVEIRA, D. A.; GUIMARÃES, J. P. A importância do acolhimento com classificação de risco nos Serviços de Emergência. **Caderno Saúde e Desenvolvimento**, v. 2, n. 2, jan./jun. 2013.

PAI, D. D.; LAUTERT, L. Sofrimento no trabalho de enfermagem: reflexos do “discurso vazio” no acolhimento com classificação de risco. **Esc. Anna Nery**, v. 15, n. 13, p. 524-530, jul./set. 2011.

PINTO, P. S. **Aplicação do Sistema de Triagem de Manchester pelo enfermeiro**: valores, conceitos e significados. 96 fls. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem). Universidade Federal de Juiz de Fora. 2015.

ROSSANEIS, M. A. *et al.* Acolhimento com avaliação e classificação de risco em Hospital Público de médio porte e a responsabilidade da Atenção Básica. **UNOPAR Cient. Ciênc. Biol. Saúde**, v. 13, n. 3, p. 169-74, 2011.

SANTOS, M. A. Acolhimento com classificação de risco: um fio guia da administração em emergência. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 6, n. 3, jul./dez. 2014.

SANTOS FILHO, L. A. M. **Revisão sistemática do Sistema de Triagem de Manchester na estratificação de risco**. 2013, 28fls. Monografia (Graduação em Medicina). Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

SHIROMA, L. M. B.; PIRES, D. E. P. Classificação de risco em emergências para as/os enfermeiras/os. **Rev. Enfermagem em Foco**, v. 2, n. 1, p. 14-17, 2011.

SILVA, F. F.; MORAES, S. T.; RIBEIRO, J. A. Estratégias utilizadas pelo enfermeiro na assistência ao paciente grave na unidade de urgência e emergência. **Enfermagem Revista**, 2015.

WEYKAMP, J. M. *et al.* Acolhimento com classificação de risco nos serviços de urgência e emergência: aplicabilidade na Enfermagem. **Revista Rene**, v. 16, n. 3, p. 327-36, 2015.

**VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS
E ADOLESCENTES: DIAGNÓSTICO
SITUACIONAL DA ASSISTÊNCIA REALIZADA
EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Gilcléssia Conceição da Silva

Keila Margarida do Monte Moura de Britto

Lorena Carla Cardoso Silva

Eliane de Sousa Leite

Kennia Sibelly Marques de Abrantes

INTRODUÇÃO

A violência é um fenômeno complexo e multifatorial bastante frequente na sociedade contemporânea, resultado de desigualdades sociais, relações de gênero, disputas de poder e questões culturais e históricas (MALTA *et al.*, 2017). Entre as diversas formas como se manifesta, a violência sofrida durante o período da infância provoca impactos significativos no desenvolvimento psicológico e emocional do indivíduo, que repercutem diretamente em seu comportamento na vida adulta e geram mais riscos para o desen-

volvimento de doenças mentais, dependência química e perpetuação do ciclo de violência (ALGER; SOUZA, 2012; NUNES; SALES, 2016).

A violência é considerada um ato isolado ou que ocorre repetidas vezes, em que alguém usa intencionalmente a força física ou o poder, concretamente ou em forma de ameaça, contra si próprio, outro indivíduo, um grupo ou uma comunidade, que pode potencialmente resultar em lesão temporária ou permanente, morte, dano psicológico ou privação (OMS, 2002). Nesse sentido, a violência contra crianças e adolescentes representa um grave problema de saúde pública, em que ocorrem, com frequência, agressões físicas, psicológicas, sexuais e negligência, na maioria dos casos, na própria residência da vítima (MALTA *et al.*, 2017).

A incidência de casos de violência contra esse grupo etário vem crescendo a cada ano. No período de 2011 a 2017, foram notificados, no Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN), 1.460.326 casos de violência interpessoal ou autoprovocada. Desse total, foram registradas 219.717 notificações (15%) contra crianças e 372.014 (25,5%) contra adolescentes, concentrando 40,5% dos casos identificados durante os últimos oito anos (DATASUS, 2018). Um dos tipos mais frequentes de agressão contra esse público é a violência sexual, a respeito da qual foram registrados mais de 141 mil casos durante o mesmo período, o que representa, aproximadamente, 76,5% das notificações ocorridas em todo o país. Quando se comparam os anos de 2011 e 2017, observa-se um aumento de 64,6% nas notificações de violência sexual contra crianças, e de 83,2%, contra adolescentes (DATASUS, 2018).

No Brasil, a magnitude do problema da violência durante a infância gerou a necessidade de implementar normativas para orientar o atendimento às vítimas, que se baseiam na notificação obrigatória pelos profissionais de saúde em caso de suspeita ou confirmação, e a definição de fluxos e protocolos para a assistência, respeitando

a individualidade de cada sujeito e a atenção requerida para cada situação (BRASIL, 2006).

Devido à relevância do tema “violência contra a criança e ao adolescente” no cenário mundial, é imprescindível efetivar ações de prevenção, identificação precoce e controle, com condutas executadas pelos profissionais de saúde, pelos conselhos tutelares, por entidades e organizações sociais, entre outros. Assim, os profissionais de saúde apresentam um papel fundamental no reconhecimento, na notificação e no acolhimento, iniciando de maneira imediata o tratamento necessário, com vistas a proporcionar cuidados físicos e emocionais e dar apoio à vítima (VALERA *et al.*, 2015).

Este estudo se justifica por causa da escassez de pesquisas relacionadas à assistência prestada pelos profissionais de saúde em âmbito hospitalar, o que remete à necessidade de mais investigações e reflexões acerca da temática, que devem abranger a equipe multiprofissional de saúde e não se restringir à atuação de profissionais específicos, como o psicólogo ou o assistente social.

OBJETIVO GERAL

Realizar o diagnóstico situacional sobre a assistência prestada pelos profissionais do Hospital Universitário Júlio Bandeira (HUIB) em casos de violência contra crianças e adolescentes.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Mapear as categorias profissionais que prestam assistência aos casos de violência no HUIB;

Identificar os casos de violência notificados no HUIB;

Analisar a compreensão dos profissionais sobre a responsabilização pelo atendimento à vítima de violência no HUIB;

Verificar as condutas realizadas no atendimento à vítima de violência no HUIB;

Avaliar o conhecimento dos profissionais sobre a Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada;

Listar as dificuldades apresentadas pelos profissionais no atendimento às vítimas de violência no HUIB.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa transversal e qualitativa, realizada no hospital-escola da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), campus de Cajazeiras – Paraíba, como parte das metas vigentes no Plano Diretor Estratégico do biênio 2016-2017 (HUIB, 2018), visando normatizar o processo de trabalho para atender aos casos de violência. A população do estudo foi composta de todos os profissionais que atuam nos setores de Pronto Atendimento (PA) e Unidade de Atenção à Criança e Adolescente (UASCA) da referida instituição.

Os critérios de inclusão adotados foram: ter idade igual ou superior a 18 anos e exercer atividade profissional nesse serviço por um período mínimo de três meses. Foram excluídos os profissionais que estavam afastados de suas atribuições devido a férias, punições, licença médica ou maternidade durante o período de coleta dos dados. Depois da aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 61 profissionais.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas individuais, realizadas no mês de agosto de 2018, nos horários livres e/ou nas folgas dos profissionais, utilizando um roteiro semiestruturado com questões para identificar o perfil sociodemográfico dos participantes e avaliar a abordagem do profissional nos casos de violência.

Depois de proceder à coleta dos dados, deu-se início à elaboração do Diagnóstico Situacional da assistência prestada na instituição, analisando os resultados por meio de estudos teóricos e experiências de outros hospitais da rede gerenciada pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e correlacionando a realidade encontrada a partir das informações contidas nos instrumentos que foram aplicados aos colaboradores do HUIB.

O estudo foi desenvolvido de acordo com a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde do Brasil, e aprovado pela Gerência de Ensino e Pesquisa do HUIB. Todos os participantes foram esclarecidos acerca dos aspectos inerentes ao estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

CONTEXTUALIZANDO A INSTITUIÇÃO HUIB

Durante vários anos, o Hospital Infantil de Cajazeiras (HIC), como era denominado, foi vinculado à Associação de Proteção e Assistência a Maternidade e Infância de Cajazeiras (APAMIC) que, durante um período de sua história, também funcionou como maternidade. Dificuldades de financiamento desencadearam problemas administrativos e de manutenção do hospital, o que fez dele um hospital de dupla porta de acesso pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e por convênios privados. Em outubro de 2001, uma intervenção da Prefeitura Municipal transformou o HIC em autarquia municipal, que passou a ser chamado de Instituto Materno Infantil Dr. Júlio Maria Bandeira de Mello (IJB) e ficou com essa denominação até ser recebido pela UFCG (HUIB, 2016).

A iniciativa de criar o HUIB nasceu da necessidade de expandir as ações de ensino na rede de saúde do Alto Sertão paraibano para os cursos instalados no campus da UFCG em Cajazeiras. Os acordos de cessão do IJB para a UFCG iniciaram em janeiro de 2011, e a doação

ocorreu em 25 de novembro de 2011, por meio da Lei Municipal nº 2.005/2011. O HUIB foi criado e recebido oficialmente pelo Conselho Curador da UFCG em 27 de julho de 2012 (HUIB, 2016). Em 2013, foi reconhecido pelo Ministério da Educação como Hospital Universitário Federal (HUF). Em 09 de dezembro de 2015, foi assinado o contrato da UFCG com a EBSERH para implantação do modelo de gestão.

O HUIB é filiado à rede EBSERH desde 2015, e sua missão institucional é de promover o ensino e a pesquisa, bem como prestar atenção integral, humanizada e de boa qualidade à saúde da mulher, da criança e do adolescente, com vistas ao fortalecimento do SUS (HUIB, 2016). Essa instituição é referência no atendimento de urgências, emergências e internações de crianças e adolescentes da 9ª Região de Saúde da Paraíba e referência quinze municípios: Bernardino Batista, Bom Jesus, Bonito de Santa Fé, Cachoeira dos Índios, Cajazeiras, Carrapateira, Joca Claudino, Monte Horebe, Poço Dantas, Poço José de Moura, São João do Rio do Peixe, São José de Piranhas, Santa Helena, Triunfo e Uiraúna.

Atualmente o atendimento aos pacientes na área de Pediatria é feito durante as 24 horas do dia, todos os dias da semana, por demanda espontânea dos usuários, por meio de encaminhamentos, regulação dos municípios ou atendimento prestado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Na área da Saúde da Mulher, o HUIB oferece atendimento diurno para consultas na área de Ginecologia e realização de exames de colposcopia, ultrassonografia, biópsia e cirurgias ginecológicas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 61 participantes deste estudo, 39,3% atuam como técnicos em Enfermagem, 31,1%, como enfermeiros e 14,8%, como médicos, conforme expresso na Tabela 1.

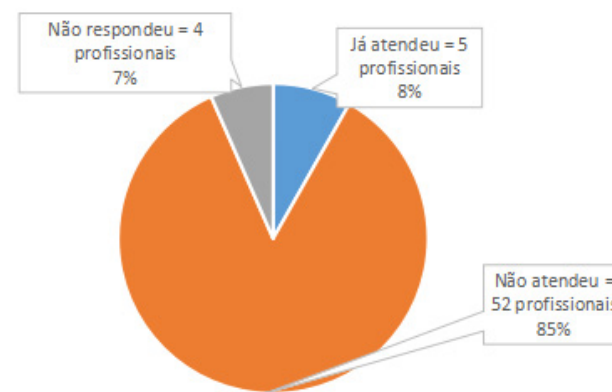
TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DAS CATEGORIAS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NO SERVIÇO ASSISTENCIAL DO HUIB

CATEGORIA PROFISSIONAL	N	%
Téc. em Enfermagem	24	39,3
Enfermeiro	19	31,1
Médico	09	14,8
Fisioterapeuta	03	4,9
Assistente social	02	3,3
Farmacêutico	02	3,3
Nutricionista	02	3,3
Total	61	100,0

Fonte: Dados da pesquisa (2018).

De acordo com o Gráfico 1, a maior parte dos profissionais referiu não ter participado de nenhum atendimento a crianças ou adolescentes vítimas de violência no HUIB (85,0%).

GRÁFICO 1 – DISTRIBUIÇÃO DOS ATENDIMENTOS A VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA NO HUIB ENTRE OS PROFISSIONAIS

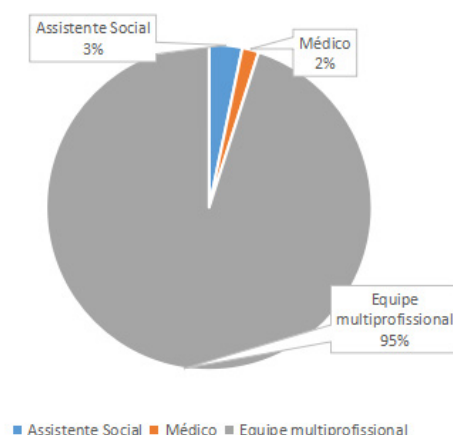


Fonte: Dados da pesquisa (2018).

Sobre a abordagem profissional, apenas 8% dos profissionais afirmaram ter atendido a casos de violência, o que pode estar relacionado ao tempo de trabalho na instituição, uma vez que um grande quantitativo de profissionais de saúde iniciou suas atividades a partir de maio de 2018. Isso representa um curto período de tempo para que os participantes pudessem ter uma vivência maior com esses casos.

O Gráfico 2 expressa que 95% dos profissionais afirmaram que a responsabilidade por atender às vítimas de violência é uma atribuição da equipe multiprofissional, o que remete para a compreensão dos participantes acerca da importância do trabalho em equipe para prestar uma assistência integral à criança e ao adolescente.

GRÁFICO 2 – DISTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS PELO ATENDIMENTO A VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA



Fonte: Dados da pesquisa (2018).

Em relação ao questionamento sobre quais profissionais são responsáveis por atender às vítimas de violência no HUIB, foram citados a equipe multiprofissional (95%), o assistente social (3%) e

o médico (2%), o que corrobora as recomendações presentes na literatura nacional e internacional de que o atendimento às vítimas de violência não deve ser uma ação solitária, restrita a um único profissional (AMARO, 2013). Em casos de violência contra a criança e ao adolescente, além dos cuidados gerais, ainda é necessário um atendimento complexo, que englobe todas as especificidades dessa fase da vida.

De acordo com o *Manual sobre Linhas de Cuidado*, a participação de profissionais com formações diversas na abordagem dos casos de violência contra crianças e adolescentes, como médicos, odontólogos, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas, psicólogos, fonoaudiólogos, pedagogos e psiquiatras, pode ajudar a evidenciar as marcas e as sequelas que não se encontram na pele ou nos órgãos, mas que, muitas vezes, podem ser desastrosas na vida futura desse menor (BRASIL, 2010a).

O Gráfico 3 apresenta as condutas que os profissionais consideraram como importantes para atender aos casos de violência.

GRÁFICO 3 – CONDUTAS IMPORTANTES PARA ATENDER AOS CASOS DE VIOLÊNCIA NA VISÃO DOS PROFISSIONAIS PARTICIPANTES DA PESQUISA



Fonte: Dados da pesquisa – 2018.

Sobre as condutas que devem ser tomadas pelos profissionais no atendimento às vítimas de violência no HUIB, foi elaborada uma questão de múltipla escolha em que se elencaram pontos diversos, como: informar à família da vítima; acionar a rede intersetorial necessária; orientar, com linguagem apropriada, sobre o atendimento a ser realizado; mobilizar a equipe multiprofissional necessária para o atendimento; culpabilizar a vítima pelo ocorrido; informar à polícia; acionar o Conselho Tutelar; entrar em contato com o agressor, por ser conhecido ou parente da vítima; deixar todos os funcionários do atendimento prestado. Também foi criado o item “Outras”, a fim de abrir espaço para serem citadas.

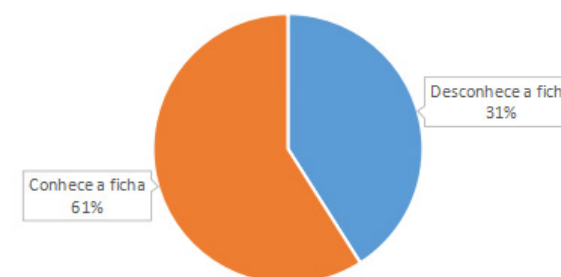
Segundo o art. 13 do Estatuto da Criança e do Adolescente, os casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente devem ser obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais (BRASIL, 2014). Em casos como esses, os profissionais de plantão precisam saber o que fazer para garantir um atendimento humanizado. As crianças e os adolescentes em situação de violência chegam ao HUIB por meio das chamadas “portas de entrada” seguintes: Conselho Tutelar, Ministério Público, políticas de saúde e de assistência social, SAMU, Polícias Civil e Militar, sistema educacional, entre outras, portanto, um grande leque de possibilidades para adentrar a instituição hospitalar.

Quando o paciente adentra o serviço, o profissional deve atendê-lo e tomar as providências cabíveis, como: acionar o Conselho Tutelar e notificar o caso, visto que, com a publicação da Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011, e, posteriormente, da Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014, a notificação de violências passou a integrar a lista de notificação compulsória, que foi universalizada para todos os serviços de saúde. Nesse sentido, a intervenção do profissional favorece a saúde física e emocional de crianças e adolescentes em seu processo de crescimento e desenvolvimento, em especial, nos

momentos de mudanças importantes. No decorrer do atendimento, a fala, o olhar, os gestos e as informações transmitidas em linguagem simples e acessível podem fazer uma grande diferença na construção do vínculo (BRASIL, 2010c).

O Gráfico 4 trata sobre o conhecimento dos profissionais acerca da ficha de notificação de violência e evidencia que a maioria dos participantes sabe da existência do referido instrumento (69%).

GRÁFICO 4 – CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS SOBRE A FICHA DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL E AUTOPROVOCADA

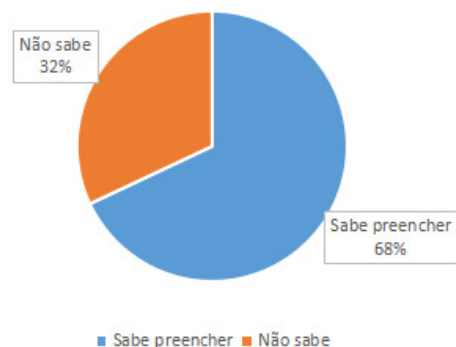


Fonte: Dados da pesquisa (2018).

Embora a maioria dos profissionais conheça a ficha, uma quantidade significativa demonstrou que não a conhece, e isso pode influenciar de forma negativa a assistência às vítimas. A violência interpessoal e autoprovocada é um agravo de grande importância para o setor de saúde, devido à magnitude com que atinge toda a sociedade, sem distinção de idade, sexo, classe social, raça e credo, e aos prejuízos advindos da violência, como a perda da qualidade de vida, a sensação de insegurança e a degradação do convívio social e do ambiente familiar (VILELA, 2009).

Os dados do Gráfico 5 apontam que, embora a maioria dos profissionais conheça a ficha, 68% não sabem como preenchê-la.

GRÁFICO 5 – DISTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS SOBRE O PREENCHIMENTO DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL E AUTOPROVOCADA



Fonte: Dados da pesquisa (2018).

Conforme rege o Instrutivo de Notificação da Violência Interpessoal e Autoprovocada, a ficha deve ser utilizada para notificar qualquer caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intra-familiar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens de todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, serão objetos de notificação os casos de violência contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoa idosa, pessoa com deficiência, indígenas e população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais ou transgêneros (BRASIL, 2016).

Essa ficha foi organizada em dez blocos: Dados gerais, Notificação individual, Dados de residência, Dados da pessoa atendida, Dados da ocorrência, Violência, Violência sexual, Dados do provável autor da violência, Encaminhamento e Dados finais. No final, existe um campo destinado às informações complementares e às observações que o profissional julgar interessante registrar, assim como alguns telefones úteis. A notificação, que geralmente é feita por um

dos profissionais de nível superior que atendeu ao menor e identificou a situação de violência, deve ser vista como um instrumental de proteção, defesa e garantia de direitos dessa população.

Das principais dificuldades existentes no atendimento aos casos de violência no HUIB, foram citados, principalmente, a falta de experiência e de preparo para dialogar com a vítima/família, de capacitação, de equipe específica, de kits para profilaxia e de sala adequada; o desconhecimento dos protocolos, da rede intersetorial e da ficha de notificação; e o sigilo profissional.

Ao término da análise dos resultados, foi possível conhecer a realidade dos colaboradores que assistem crianças e adolescentes vítimas de violência que adentram o HUIB. Nesse sentido, foi possível conhecer as necessidades de educação permanente para a equipe, em que todos os itens elencados pelos profissionais poderão ser trabalhados, na perspectiva de proporcionar um atendimento digno, com a proteção dos direitos da vítima e a possibilidade de colaborar para que o ciclo de violência seja cessado e superado.

Para atender aos casos de violência no hospital, foram elaborados fluxogramas de atendimento (APÊNDICES A, B e C). Salienta-se que a intenção de criar protocolos e fluxos não é de burocratizar ou delongar o atendimento, mas contribuir para que o atendimento seja dinâmico e minimizar o sofrimento para a criança e para o adolescente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atender a crianças e adolescentes vítimas de violência não é uma tarefa fácil. Ao analisar os dados, constatou-se que muitos profissionais inseridos no serviço do HUIB relatam várias dificuldades para prestar essa assistência. As mais citadas foram falta de experiência, necessidade de capacitação para saber lidar com essa demanda e

desconhecimento das fichas, dos protocolos e do funcionamento da rede de atenção à saúde do município.

Assim, para que o atendimento à vítima seja efetivo, é necessário elaborar um plano de capacitação para os colaboradores que contribua para a preparação dos profissionais para que assistam esse público, identificando e reconhecendo os indícios da existência de situações abusivas e encaminhando para a rede que deverá assistir integralmente a vítima e sua família.

Outra forma de melhorar o atendimento é elaborando fluxos de trabalho e protocolos assistenciais. Devido à sua relevância, espera-se que esses documentos sejam reconhecidos pelos profissionais como uma ferramenta significativa para que possam identificar os casos e criar estratégias que lhes possibilitem identificar, acolher e conduzir, de forma humanizada, integral e integrada, a criança e o adolescente vítimas de violência.

REFERÊNCIAS

ALGER, S.; SOUZA, L. M. Violência contra criança e adolescente: um desafio no cotidiano da equipe de enfermagem. **Rev Latino-Am Enferm**. v. 14, n. 4. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n4/pt_v14n4a23.pdf. Acesso em: 02 jan. 2019.

AMARO, S. **Serviço Social na Educação**: bases para o trabalho profissional. Florianópolis: Editora UFSC. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/services/e-books-MS/06_0315_M.pdf. Acesso em: 20 dez. 2018.

BRASIL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal**. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2010. Disponível em: <http://sigaa.ufpb.br/sigaa/public/programa/portal.jsf?id=1913>. Acesso em: 19 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html. Acesso em: 07 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência**: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violencias.pdf. Acesso em: 19 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html. Acesso em: 07 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. 12. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições da Câmara, 2014. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/a-camara/estruturaadm/gestao-na-camara-dos-deputados/responsabilidade-social-e-ambiental/acessibilidade/legislacao-pdf/estatuto-da-crianca-e-do-adolescente>. Acesso em: 19 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Viva: instrutiva notificação de violência interpessoal e autoprovocada**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf. Acesso em: 18 dez. 2018.

DATASUS. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **Doenças e agravos de notificação**. 2018. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&id=29892332&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinannet/cnv/viole>. Acesso em: 12 dez. 2018.

HUJB. **Plano Diretor Estratégico–HUJB**. Hospital Universitário Júlio Bandeira. Cajazeiras, 2016.

MALTA, D. C. *et al.* Fatores associados a violências contra crianças em Serviços Sentinela de Urgência nas capitais brasileiras. **Ciênc Saúde Colet**. v. 22, n. 9, p. 2889-8, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n9/1413-8123-csc-22-09-2889.pdf>. Acesso em: 07 jan. 2018.

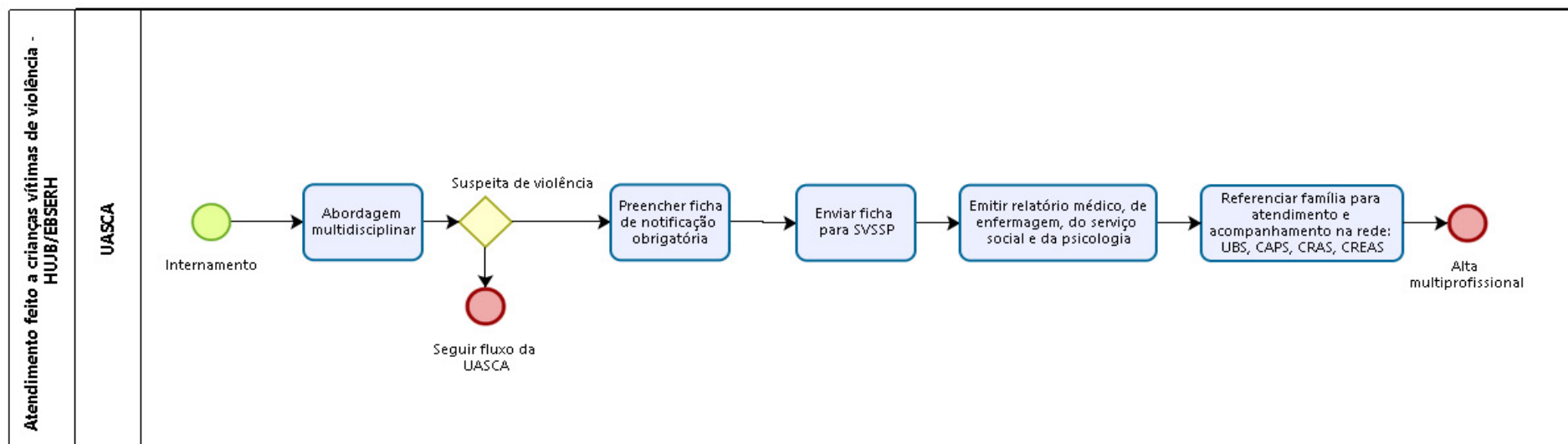
MANUAL PARA ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA NA REDE DE SAÚDE PÚBLICA DO DISTRITO FEDERAL/ Laurez Ferreira Vilela (coordenadora) – Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2009.

NUNES, A. J.; SALES, M. C. V. Violência contra crianças no cenário brasileiro. **Ciênc Saúde Colet**. v. 21, n. 3, p. 871-80, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n3/1413-8123-csc-21-03-0871.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2018.

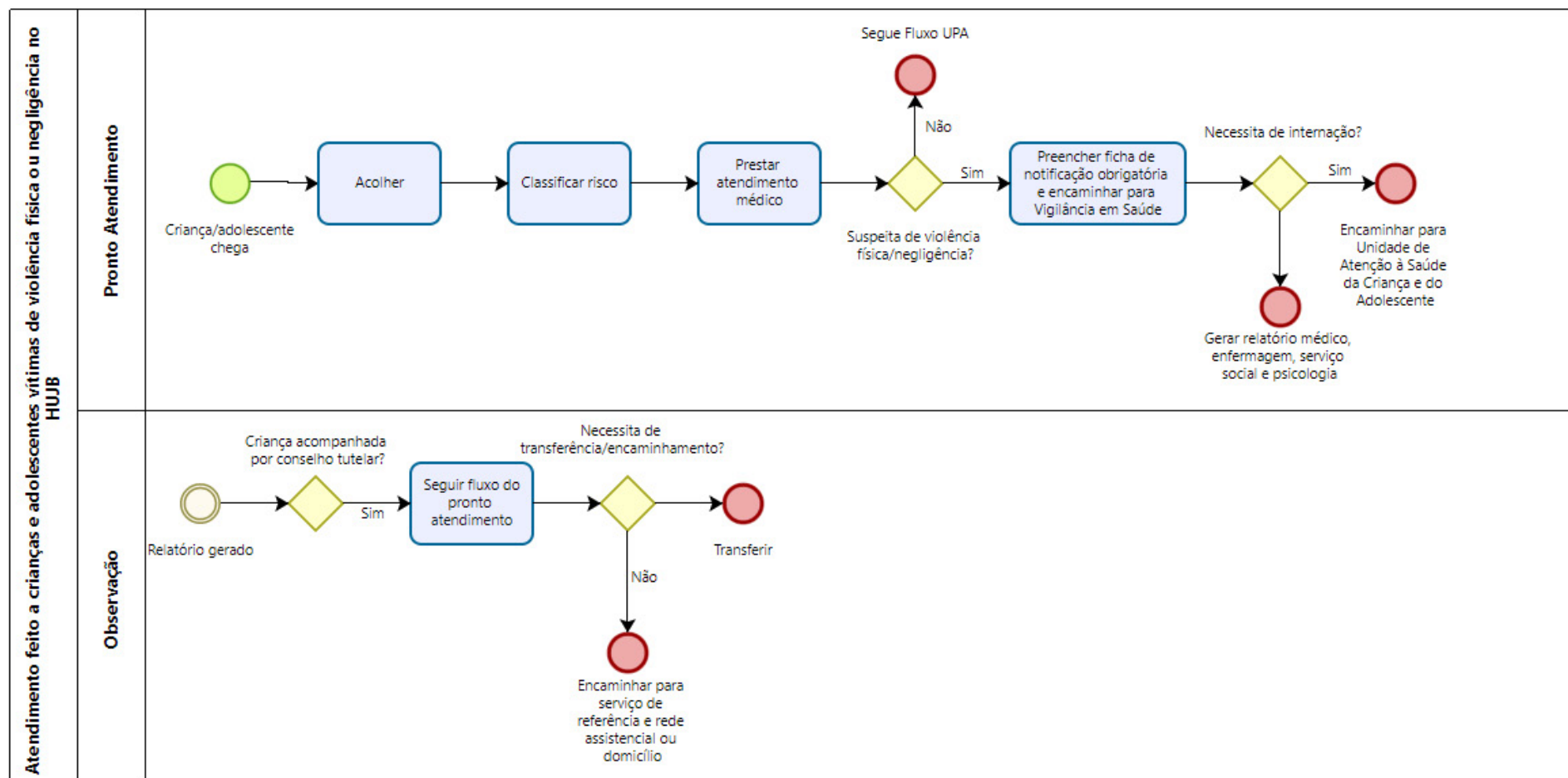
OMS. Organização Mundial da Saúde. **Relatório Mundial sobre Violência e Saúde**. Genebra, 2002. Disponível em: <https://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2018.

VALERA, I. M. A. *et al.* Atuação da equipe de enfermagem diante da violência infanto-juvenil. **Rev Bras Pesq Saúde**. v. 17, n. 3, p. 103-11, 2015. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/viewFile/14142/9971>. Acesso em: 19 dez. 2018.

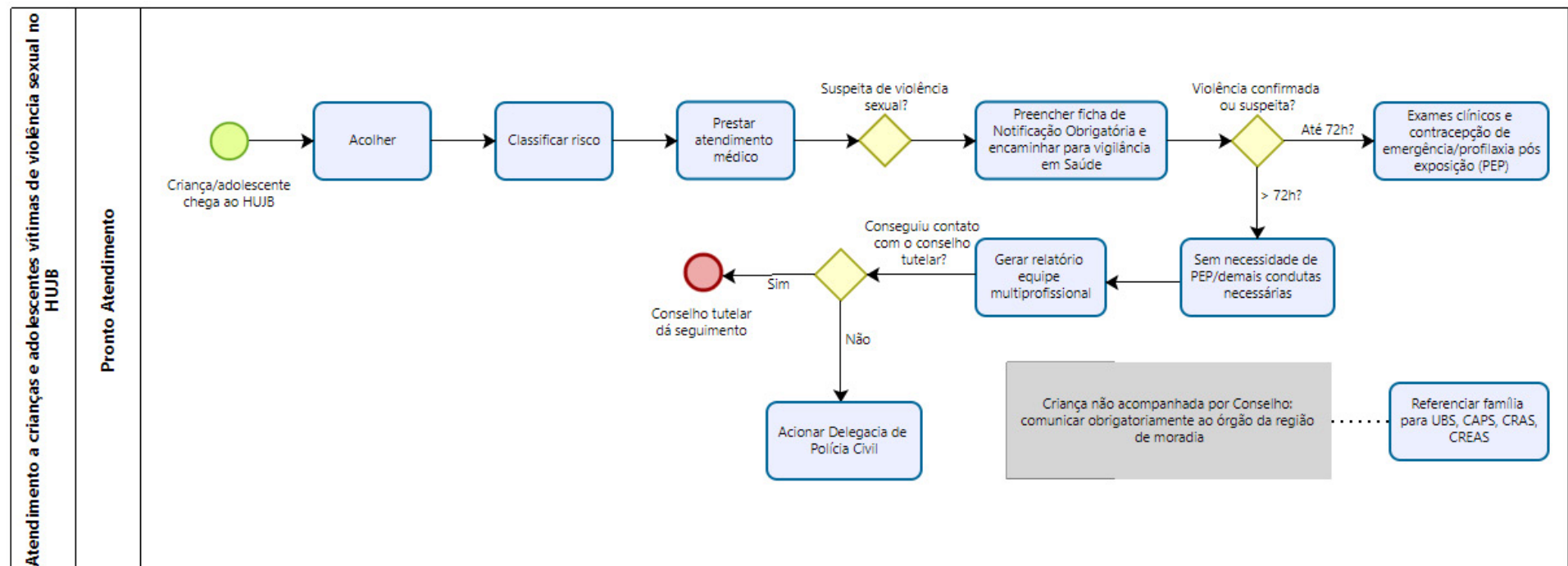
APÊNDICE A



APÊNDICE B



APÊNDICE C



CUIDADO MULTIPROFISSIONAL A UMA CRIANÇA COM PARALISIA CEREBRAL EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: ESTUDO DE CASO

*Célio da Rocha Bonfim
Gilcléssia Conceição da Silva
Lorena Carla Cardoso Silva
Marina Costa de Albuquerque Oliveira
Renata Layne Paixão Vieira*

INTRODUÇÃO

A paralisia cerebral engloba um conjunto de distúrbios permanentes do desenvolvimento motor e postural, associado a um distúrbio não progressivo que acontece no desenvolvimento cerebral fetal ou infantil, gerando uma série de repercussões para o indivíduo. Dentre estas, o distúrbio motor pode estar associado a alterações sensoriais, perceptivas, cognitivas, de comunicação e comportamental, epilepsia, além de problemas musculoesqueléticos secundários (ROSENBAUM *et al.*, 2007 *apud* BRASIL, 2014).

Para esses casos, a conduta terapêutica requer uma abordagem complexa de uma equipe que inclua profissionais de diversas áreas

de conhecimento, trabalhando de forma integrada. Esta modalidade de trabalho tenta romper com o modelo de fragmentação do cuidado, motivando a comunicação e a interação entre os profissionais (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Dentro desse contexto, encontra-se a equipe multidisciplinar, a qual se organiza de forma que todos os seus membros possam contribuir com seu conhecimento, práticas e especialidades, dentro de um processo de aprendizagem contínua e integrada (BARBIERI, 2004).

Nesse cenário, a Portaria nº 2.809, de dezembro de 2012, estabelece a necessidade, em âmbito hospitalar, do desenvolvimento de uma estratégia multidisciplinar, humanizada, equânime, universal, integral, articulada com os demais pontos de atenção da rede de saúde (BRASIL, 2012).

Dessa forma, considerando a complexidade do caso, objetivou-se descrever a experiência da equipe multidisciplinar no cuidado a uma criança com paralisia cerebral, após discussões desencadeadas em visitas e debates por equipe composta de enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos pediatras, fisioterapeutas, psicólogo, farmacêuticos e assistentes sociais.

Para tanto, apresenta-se um estudo de caso no qual será detalhada a abordagem terapêutica individualizada adotada por equipe multiprofissional para um paciente com paralisia cerebral, considerando a complexidade e o dinamismo do caso, sua singularidade e necessidade de cuidado integral e integrado.

IDENTIFICAÇÃO E HISTÓRIA DA INTERNAÇÃO

A criança é L.E.A.S., 10 anos, branco, sexo masculino, proveniente do município de Bonito de Santa Fé, localizado no sertão do estado da Paraíba.

O paciente foi admitido na sala vermelha do Pronto Atendimento (PA) do Hospital Universitário Júlio Bandeira (HUJB), trazido pelo SAMU, com histórico de dispneia, febre, desnutrição e desidratação; consciente, afebril, hipocorado, caquético, desidratado, com descamação de pele, com lesões em articulação (pulso e fossa antecubital), dispneico, SpO₂ em 86%; genitora relatando dieta líquida em pouca quantidade, eliminações vesicointestinais dentro dos padrões da normalidade, higiene e hidratação da pele prejudicados; realizado acesso venoso periférico em membro superior direito com cateter intravenoso número 24, seguido de hidratação parenteral com uso de bomba de infusão contínua, realizado raio X e coleta para exames laboratoriais, sondagem nasogástrica com sonda número 14, seguido de comunicação ao setor de Nutrição; observada proeminência óssea em região sacral com risco para desenvolvimento de úlcera por pressão. No plantão noturno, o paciente apresentou espasmos musculares, iniciou oxigenoterapia com uso de máscara de ventura, saturando com SpO₂ em 98%, frequência respiratória em 97 bpm; foi aberta investigação em notificação de violência interpessoal/autoprovocada (negligência), a partir da orientação do enfermeiro da epidemiologia, comunicado à assistente social a abertura da investigação. No dia seguinte, o paciente apresentou quadro estável e foi transferido ao setor de internação (Unidade de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente – UASCA).

Na anamnese da internação na UASCA (segundo informações colhidas – SIC), a queixa principal foi broncoaspiração e insuficiência respiratória, o paciente apresentava febre há um dia, estava em uso de carbamazepina duas vezes ao dia; na história da doença atual, apresentava paralisia cerebral após trauma cranioencefálico grave, com perda de massa encefálica (colisão carro/pedestre), antecedentes pessoais e familiares com história de paralisia cerebral na família paterna, negou histórico de reações alérgicas, relatou tra-

tamento de pneumonias recorrentes. Ao exame físico: temperatura corporal = 37,3°C, pulso = 120 bpm, frequência respiratória = 16 rpm, peso = 12,000 kg, SpO₂ = 100%, estado geral grave, nível de consciência sonolento/torporoso, nutrição via sonda nasogástrica, engasgos recorrentes durante refeições, estado nutricional com desnutrição proteico-calórica grave, pele/mucosa desidratada, hipocorado (+2/+4), higiene prejudicada, sono e repouso prejudicados, cabeça com seborreia, expressões faciais sem alterações, olhos com acuidade diminuída, nariz sem alteração, audição normal, mucosa oral íntegra, expansividade torácica diminuída, eupneico em uso de máscara de ventura a 31%/6l de O₂, tosse produtiva com roncosp, sistema cardiocirculatório normal, normosfígmico, abdome escavado, eliminações intestinais ausentes há um dia, eliminações vesicais espontâneas, membros com plegia, pulsos palpáveis, movimentos articulares limitados, hipotrofia muscular (+4/+4), acamado, rede venosa com acesso venoso periférico em membro superior direito pérvio. Em continuidade à investigação da notificação, foram realizadas, pela equipe de enfermagem, várias tentativas de contato sem sucesso com o Conselho Tutelar do município de origem do paciente.

Seu histórico familiar revela, segundo a genitora, presença de doença neurodegenerativa não identificada por parte da família paterna. Quanto ao histórico proveniente da família da genitora, não se tem dados, uma vez que esta desconhece sua família biológica; no oitavo mês de gestação, mãe foi diagnosticada com toxoplasmose.

A criança nasceu de parto normal, a termo, aparentemente saudável. Desde os primeiros meses de vida, a criança apresentava déficit significativo no desenvolvimento neuropsicomotor, como atrasos no rolar, sentar, marcha, linguagem, além de dificuldades na deglutição durante a fase da introdução alimentar. Apresentava-se choroso e sensível a estímulos, reagindo com irritabilidade ao ser apresentado a desenhos, músicas ou aglomerações. Criança não era responsiva ao chamado e não interagia com os pares quando intro-

duzido na escola. Segundo a mãe, em algumas ocasiões, a criança ficava “parada olhando para o nada”, o que pode se assemelhar a crises de ausência. Quanto à coordenação motora, apresentava dificuldades para segurar objetos com firmeza, além de possuir equilíbrio comprometido. Aos quatro anos, a criança sofreu acidente de trânsito, sendo atropelada por carro em via pública. Segundo a mãe, a criança sofreu trauma cranioencefálico (TCE), porém a equipe não identificou, analisando exames pregressos, lesões ou indícios que possam confirmar tal afirmação. Aos sete anos, a criança perdeu totalmente o controle dos movimentos voluntários, vindo a permanecer acamado, apresentando perdas motoras e visuais.

Agruparam-se alguns sinais e sintomas prevalentes no quadro clínico do paciente, entre a internação e a alta da UASCA, agrupados e dispostos por relação semiológica e não cronológica: nervoso e sensorial (reflexos presentes, não verbalizando, hipoativo, nistagmo vertical bilateral com movimento centro/superior, não responsivo a comandos verbais, letárgico, aumento da intensidade e frequência (de duas a quatro episódios nas 24h) dos espasmos (convulsões) medicados com diazepam 1 – 1,5ml IV, monitorado na sala amarela do pronto atendimento ou em sua enfermaria de origem – isolamento, uso de fenitoína (6,5ml + 80ml de SFO, 9% em BIC) após ineficiência do diazepam (1ml IV em bolus) em crise convulsiva, presença de espasmos quando manipulado com ausência quando em repouso, traslado pela equipe do PA a hospital na cidade de Sousa-PB para realização de EEG (conclusão: atividade irritativa frontocentral bilateral); muscular e esquelético (diminuição da deglutição, mudança de decúbito 2/2h); tegumentar (normocorado), febre (TC= 37,8°C), hidratação da pele com AGE, mucosa labial com integridade tissular prejudicada (com aspectos de candidíase); respiratório (tosse produtiva moderada, secreção em vias aéreas superiores, obstrução nasal bilateral, sem sibilos, expansividade torácica prejudicada, taquipneico, dispneia leve, eupneico, recorrentes suportes respiratórios com máscara de

venture, saturação com SpO₂ = < 95 e > 95%); digestório (trocas da sonda nasogástrica–SNG a cada 5 dias; em raio X para visualização do posicionamento da SNG, foi observado trajeto nasogástrico mais curto; ruídos hidroaéreos presentes e normais, gastrostomia marcada para dia 05 de novembro no Hospital Regional de Cajazeiras (cancelada/adiada), abdome globoso, constipação, realizado raio X para avaliar constipação, realizado minilax, eliminações intestinais presentes); nutrição (ganho de peso, hidratado); cardiovascular (ruídos cardíacos regulares em 2 tempos, bulhas normofonéticas e taquicardia); excretor (aumento da salivação, uso de fraldas descartáveis tamanho G); epidemiologia (investigação da notificação conclusa); acompanhante (mãe de filho lactente apresentou seios empedrados, tratado com compressa quente e ordenha, genitora apresentou quadro de estresse relacionado a sono e repouso prejudicados); condutas multiprofissionais (realizadas visitas multidisciplinares).

EXAMES LABORATORIAIS

Elevação: neutrófilos, linfócitos, leucócitos, proteína C reativa, velocidade de hemossedimentações, glicemia, todos com discreta elevação; e eletroencefalograma digital com atividade irritativa frontolateral bilateral.

Normalidade: creatinina, TGO, TGP, bilirrubina total e frações, fosfatase alcalina, Gama GT, ureia, urinálise, cálcio sérico total, lítiquido cefalorraquidiano, ácido láctico, fosfatase alcalina, magnésio, potássio, sódio, hemocultura, cálcio ionizado, cloro, raio X de abdome total para verificação do trânsito intestinal e posicionamento da sonda nasogástrica.

Diminuição: proteínas totais, albumina, fosfato sérico; todos com discreta diminuição. A redução desses parâmetros foi justifi-

cada pelo quadro de desnutrição do paciente, tendo sido levados em consideração para a implementação das condutas, especialmente a dietoterápica.

DIAGNÓSTICOS MÉDICOS

Durante a permanência hospitalar, algumas hipóteses diagnósticas foram debatidas, considerando a variabilidade sintomatológica do quadro clínico do paciente, tais como: pneumonia, desnutrição proteico-calórica, encefalopatia crônica progressiva, epilepsia mioclônica progressiva, lipofuscinose ceróide neuronal e paralisia cerebral (encefalopatia), esta última utilizada como referência ao desenvolvimento do estudo de caso.

ENCEFALOPATIA CRÔNICA NÃO PROGRESSIVA DA INFÂNCIA

A encefalopatia crônica não progressiva da infância, também conhecida como paralisia cerebral (PC), é resultante de dano cerebral estático e pode ocorrer em um dos períodos obstétricos, pré, peri ou pós-natal, afetando o sistema nervoso central (SNC) em sua fase de maturação estrutural e funcional. Ocasiona disfunções sensoriais e motoras, distúrbios no tônus muscular, de postura e de movimentação voluntária, falta de controle sobre os movimentos por modificações adaptativas do comprimento muscular, podendo levar a deformidades ósseas. Diante do quadro, necessita-se de tratamento com foco na correção dos movimentos executados erroneamente e obtenção dos movimentos mais fisiológicos e precisos (CARGNIN; CARLA, 2003 *apud* OLIVEIRA *et al.*, 2013).

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Anteriormente, distribuímos os procedimentos de enfermagem (coleta de dados, histórico e sinais vitais) nas entrelinhas do conteúdo. Neste tópico nos restringiremos aos diagnósticos e às prescrições de enfermagem, organizados em ordem cronológica e excluídas as informações repetidas.

Diagnósticos de enfermagem: nutrição desequilibrada, menor que as necessidades corporais, relacionada à capacidade prejudicada de absorver alimentos, evidenciada pela ingesta inadequada; padrão hidroeletrolítico ineficaz, relacionado ao quadro clínico, evidenciado por pele seca e escamosa; risco de integridade da pele prejudicada, relacionado a pressão sobre saliência óssea; risco de desequilíbrio hidroeletrolítico, relacionado a terapêutica hospitalar; risco de infecção, relacionado ao tempo de internação hospitalar; padrão respiratório ineficaz, relacionado a secreções nasais e brônquicas; risco para integridade da pele prejudicada, relacionado à desnutrição e restrição ao leito; risco de infecção, relacionado ao uso de dispositivo intravenoso.

Intervenções de enfermagem: avaliar o risco nutricional, comunicar quadro geral ao nutricionista, monitorar ingesta alimentar e hídrica, assegurar dieta e hidratação via SNG, hidratar pele com ácidos graxos essenciais, mudança de decúbito, manter ambiente calmo e tranquilo, orientar acompanhante quanto à lavagem das mãos, atentar para limpeza da SNG, assegurar fisioterapia respiratória, verificar FR e SpO₂, posicionar em semi Fowler, usar óleo de girassol no corpo, diminuir pressões em proeminências ósseas, realizar procedimentos seguros, verificar tempo de troca da SNG e cateter intravenoso, orientar a acompanhante quanto à correta higienização do paciente, garantir técnicas assépticas, observar sinais flogísticos, verificar permeabilidade do acesso venoso periférico.

Implementação: prevalentemente cuidados contínuos durante a internação hospitalar.

CUIDADOS DE FISIOTERAPIA

Um dos principais motivos de internação do paciente com encefalopatia crônica progressiva são as repercussões respiratórias decorrentes das alterações de tônus e força muscular periférica. Não é incomum que esses pacientes apresentem, em certa fase do desenvolvimento da doença, fraqueza da musculatura orofaríngea, com consequentes engasgos e, muitas vezes, aspiração de conteúdo gástrico. Este fato é muito preocupante, pois é o principal causador de infecções pulmonares.

A fisioterapia entra, nesse contexto, com condutas que favorecem adequada ventilação pulmonar, utilizando técnicas de higiene brônquica e expansão pulmonar, que visam favorecer as trocas gasosas. Além disso, atua com mobilizações e orientações para posicionamento que visam reduzir complicações decorrentes do período de internação e imobilismo no leito.

Na avaliação física, notou-se grau de consciência preservado (Glasgow 9: AO – 4 RV-1 RM-4), olhar vago, estrábico, não acompanhava ou focava objetos. Não verbalizava. Apresentava tônus espástico (Ashworth: 3-4) nos quatro membros. Padrão flexor de MMSS e MMII, às vezes, extensor de MMII. Hipotrofia muscular acentuada. Não apresenta movimentação voluntária em nenhum dos quatro membros, e controle cefálico e de tronco deficientes. Na avaliação do sistema cardiorrespiratório, percebeu-se que, apesar do quadro infeccioso, o paciente não apresentava sinais de desconforto respiratório, manteve-se respirando espontaneamente, sem a necessidade de suplementação de oxigênio.

Apresentava, no início da estadia, tosse eficaz com deglutição de secreção, no entanto, ao longo na internação, foram observadas relevantes mudanças quanto à capacidade de proteção das vias aéreas, como também quanto à frequência de crises convulsivas. Passou a apresentar reflexo de tosse ainda mais lentificado, deglutição ineficaz, engasgos frequentes e acúmulo de saliva em região supraglótica. Percebeu-se, diante disso, a necessidade de uma via aérea artificial que garantisse uma maior proteção brônquica. Além disso, apresentou aumento do número de crises diárias e um estado de hipersensibilidade, em que pequenos estímulos desencadeavam crises com fortes espasmos.

Tendo em vista o caráter progressivo da doença, o objetivo da fisioterapia foi oferecer conforto ao paciente, viabilizar a ventilação pulmonar e as trocas gasosas, bem como minimizar os efeitos do imobilismo.

Diante disso, neste período de internação, a conduta adotada pela fisioterapia foi a de manter a higiene brônquica, através de técnicas como aspiração nasotraqueal e manobras de higiene brônquica, estímulo da tosse e manobras de reexpansão pulmonar. A secreção retirada era sempre de aspecto hialino e fluido, compatível com saliva. Além disso, foram realizados alongamentos passivos até o limite da dor, mudanças de decúbito, bem como orientações de posicionamento. Com o aumento da sensibilidade da criança à mobilização, adotou-se uma postura mais conservadora com relação à conduta motora, buscando dar maior ênfase ao conforto da criança.

CUIDADOS DE PSICOLOGIA

Durante a visita diária à UASCA, por meio de análise de prontuário e diálogo com equipe, foi identificada demanda referente à necessidade de acompanhamento psicológico.

No dia 22 de outubro de 2018, deu-se início às visitas ao leito com o objetivo de levantar-se o histórico de vida do usuário e de sua família, abordando temas como história clínica, gestação e desenvolvimento da criança. Durante o acompanhamento, foram realizadas dezessete visitas ao leito, buscando-se estabelecer diálogo com a genitora da criança, a senhora A.P., levando em conta sua disponibilidade para tal, além da rotina de procedimentos hospitalares. Cabe ressaltar que, durante todo o período de internação, a genitora apenas conseguiu retornar ao seu município de origem por três vezes, uma vez que uma funcionária do hospital no qual a criança esteve internada, propôs-se a revezar por um turno, possibilitando que a senhora A.P. visitasse os seus outros três filhos (sendo um ainda lactente), provenientes de segundo casamento, que deixou sob cuidados de familiares do genitor.

Pôde-se perceber, através do diálogo, problemáticas em torno da ausência de uma rede de apoio por parte da família, marcada por conflitos, histórico de violência e abandono. L.E., filho do primeiro casamento da senhora A.P., foi rejeitado pelo genitor ainda no ventre materno, tendo a senhora A.P. se distanciado durante todo o período de gestação, retornando ao município apenas após o nascimento da criança. Segundo a mãe, a criança nunca foi impedida de conviver com o genitor, passando, inclusive, temporadas em sua casa, ao longo dos anos. No entanto, a relação da família é marcada por conflitos judiciais em relação à guarda da criança, embora a genitora relate que, durante os períodos em que passou na casa do genitor, a criança sofreu maus-tratos, relatados por vizinhos e percebidos por mudanças no corpo e na saúde da criança. É válido ressaltar que, durante todo o período de internação, a criança apenas recebeu visita do seu tio (irmão da genitora) e foi visitada pelo genitor apenas uma vez.

Segundo Lorenzi e Ribeiro (2006), as possibilidades de revezamento entre os familiares, nas idas e vindas para o hospital, tendem

a amenizar a sobrecarga e a responsabilidade que ocorre quando apenas um membro da família assume os cuidados durante a internação. Esse sentimento foi citado diversas vezes pela senhora A.P. durante os diálogos com a profissional de psicologia, evidenciando os efeitos negativos da ausência de suporte familiar, causando-lhe angústia também por conta do afastamento do lar e da impossibilidade de manter contato com os filhos.

Estudos expõem o aumento da sobrecarga quando relacionada a variáveis sociodemográficas, físicas e mentais, como ausência de um companheiro, baixo nível de escolaridade, mães pardas, com renda insuficiente, desempregadas ou com alteração na vida profissional, diminuição do convívio social, com maior número de filhos, além da percepção da gravidade da patologia, as noites de sono perdidas ou interrompidas pelas manifestações agudas da doença, entre outros fatores (MACEDO; SILVA; PAIVA; RAMOS, 2015). Todos esses são fatores que têm relação direta com a vida da genitora e cuidadora de L.E.

Outro fator que merece destaque é a inconsistência no discurso da genitora quanto às origens do quadro clínico da criança. Durante os diálogos iniciais, a senhora A.P. atribuiu a causa da doença da criança a um TCE gerado por acidente automobilístico, enquanto a criança estava sob cuidados do genitor, marcando os discursos sempre com forte conteúdo de culpabilização do pai. No entanto, ao longo do acompanhamento, a genitora revelou que a criança já apresentava sinais significativos de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor desde a mais tenra idade, apresentando atraso no sentar, no falar, como também perdas motoras progressivas, mesmo antes do acidente. Durante o diálogo, a genitora mostrou acreditar que a doença não seria atribuída realmente ao acidente, voltando, no entanto, a culpabilizar o genitor pelo quadro da criança em outros momentos.

CUIDADOS DE NUTRIÇÃO

No que diz respeito à implementação do plano de cuidado nutricional para o paciente em questão, levou-se em consideração o risco nutricional elevado, identificado no momento da admissão. Nesse sentido, de acordo com os índices antropométricos, a criança foi diagnosticada com muito baixo peso para idade (peso – 12,2 kg: P/I < percentil 5), estatura adequada para idade (estatura – 1,1 m: E/I entre percentil 10 e percentil 25) e magreza (índice de massa corporal – IMC 9,9 kg/m²: IMC/I < percentil 5).

Cumprido destacar que toda criança hospitalizada deve ter seu estado nutricional avaliado, de forma que as medidas de peso e estatura são imprescindíveis para o diagnóstico de déficits nutricionais, permitindo a intervenção nutricional precoce e eficaz (LIMA; GAMALLO; OLIVEIRA 2010). Para avaliação dos índices antropométricos no caso tratado neste capítulo, utilizaram-se curvas específicas para paralisia cerebral, tendo em vista que as curvas da OMS podem não ser úteis para essas crianças, cujos padrões de crescimento podem ser marcadamente diferentes da população pediátrica em geral, como menores estatura e peso. Isso ocorre em decorrência, dentre outros, de fatores nutricionais como aumento no consumo energético e ingestão alimentar prejudicada em virtude de disfagia (REMPEL, 2015).

Ratificando esse entendimento, com a anamnese alimentar pregressa, foi possível detectar dificuldade da criança em se alimentar por via oral, com relato de engasgos frequentes (broncopneumonia aspirativa), de forma que as refeições ofertadas eram em consistência líquida e com baixa densidade energética. Ao exame físico, a criança apresentava perda de gordura subcutânea e de reservas musculares em membros superiores (MMSS), inferiores (MMII) e em região torácica, desaparecimento das bolas gorduras de “Bichart”, além de fáceis senil.

Assim, considerando os dados antropométricos, a anamnese alimentar e o exame físico, o diagnóstico nutricional traçado para o paciente em questão foi de desnutrição energético-proteica grave (DEP), possivelmente secundária à paralisia cerebral, com certo grau de disfagia.

Sabe-se que a criança portadora de desnutrição secundária apresenta resposta mais lenta ao tratamento, necessitando de fórmulas infantis especiais ou dietas enterais para a recuperação nutricional (LIMA *et al.*, 2010), entretanto, em pacientes pediátricos com paralisia cerebral, o ganho de peso é geralmente observado cedo, após a introdução do suporte nutricional enteral (REMPEL, 2015). Dessa forma, considerando que a terapia nutricional é indispensável para o tratamento adequado de crianças em DEP secundária à paralisia cerebral, foi traçado um plano de recuperação nutricional específico, pautado no *Manual de Atendimento da Criança com Desnutrição Grave em Ambiente Hospitalar*, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005).

Inicialmente, a dieta foi ofertada por via nasogástrica, polimérica, com baixo teor de lactose, fracionada em seis refeições diárias, com 100 mL por etapa, perfazendo cerca de 80 Kcal/Kg/dia de energia. Nessa etapa, denominada fase de estabilização, deve-se prevenir e tratar as complicações clínico-metabólicas, que podem aumentar o risco de morte, corrigir as deficiências nutricionais específicas e iniciar a alimentação (VASCONCELOS, 2011).

O objetivo não deve ser a recuperação nutricional do paciente, mas sua estabilização clínico-metabólica. Nessa fase, a terapia nutricional foi bem tolerada e o ganho de peso esperado foi moderado (9,7 g/kg/dia), de forma que a dieta foi evoluindo gradativamente até atingir as necessidades nutricionais da fase de recuperação nutricional, a saber: manutenção da dieta por sonda nasogástrica, a cada 3 horas, totalizando seis refeições por dia, 150 mL por etapa, perfa-

zando um valor calórico total de 1974 Kcal; 309g/dia de carboidratos; 74,7 g de proteínas (5,9 g/kg/dia) e 48,9 g/dia de lipídeos.

A evolução da dieta na fase de reabilitação nutricional justificou-se pela estabilidade clínica apresentada pelo paciente, sendo possível a recuperação pôndero-estatural (VASCONCELOS, 2011). De fato, o sucesso do plano de recuperação nutricional implementado foi comprovado com evolução no estado nutricional, de maneira que a criança atingiu um peso de 16,3 kg, além de terem sido identificados sinais de recuperação nutricional, com ganho de massa muscular evidenciado pelo reaparecimento das “bolas gordurosas de Bichart”, músculos em MMSS e MMII, sem sinais de edema.

CUIDADOS DE SERVIÇO SOCIAL

Na admissão do paciente, houve suspeita de negligência devido ao seu baixo peso, havendo assim ocorrido a notificação compulsória obrigatória, para os casos com suspeita de violência e comunicação, ao Conselho Tutelar.

Foi realizada visita ao leito para acolhimento, abordagem e entrevista social para levantamento do perfil socioeconômico e para buscar conhecer a realidade daquela família, o histórico de vida, bem como identificar as demandas necessárias para articulação e encaminhamentos junto a rede de serviços do município de origem.

No diálogo com a genitora, soubemos que ela detém, no momento vigente, a guarda judicial da criança, que reside em casa alugada, com renda inferior a dois salários-mínimos, oriundos do BPC, Bolsa Família e pensão. O paciente tem três irmãos mais novos, por parte da genitora em relacionamentos distintos. Atualmente, o paciente convive com a mãe e com o irmão de dez meses, mas conviveu

com o pai por algum tempo, havendo um revezamento dos cuidados e histórico de maus-tratos no período em que estava com o pai.

A família do pai do paciente mostrou-se ausente, sendo válido ressaltar que, durante todo o período de internação, a criança foi visitada pelo genitor apenas uma vez.

Assim, o apoio familiar quase inexistiu, pois os familiares da genitora residem em outra cidade/estado, tendo um único irmão residindo na cidade do estabelecimento de saúde, sendo este o contato mais frequente dela e também a pessoa que, mesmo raras vezes, vinha visitá-los. A genitora só conseguiu retornar ao município de origem para visitar os demais filhos por três vezes com o apoio de uma funcionária do hospital, a qual se solidarizou com a situação.

Realizou-se contato com o Conselho Tutelar para falar sobre o caso e solicitar acompanhamento após a alta e estávamos realizando um mapeamento dos serviços municipais que seriam necessários para acompanhamento da criança, entretanto, mediante necessidade de cuidados não disponibilizados no HUIB, a criança foi transferida para outra unidade hospitalar.

Entre os dias 22/10/2018 e 26/11/2018, trinta atendimentos foram realizados, entre eles: visitas ao leito, orientações, abordagem com equipe multiprofissional, ligações para familiares, contatos intersetoriais em busca da viabilização de exames necessários ao tratamento, discussões do caso, aconselhamento e orientações sobre a transferência da criança para outra unidade hospitalar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verificou-se que a evolução do estado geral do paciente foi parcial, seu estado nutricional, apesar de não ter sido recuperado a ponto de a criança atingir a eutrofia, evoluiu bem, considerando o

tempo de internação. Alguns sinais e sintomas foram neutralizados com medicações e abordagens multiprofissionais. Porém, as alterações neurossensoriais não responderam à terapêutica, já que o paciente seguiu evoluindo com convulsões de difícil controle, perda da capacidade de proteção das vias aéreas, risco de broncoaspiração, aumento da frequência de aspirações nasotraqueais, indicação de gastrostomia.

Isso foi determinante para transferência inter-hospitalar, realizada, de forma regulada, para o Hospital Universitário Alcides Carneiro, em Campina Grande-PB, com diagnóstico principal de desnutrição proteico-calórica grave não especificada (E43) em correção; e secundários de encefalopatia não especificada (G95.4) e broncopneumonia não especificada (J18.0).

Apesar da não completa recuperação e da transferência do paciente para outra unidade hospitalar, as estratégias multidisciplinares planejadas para o cuidado ao paciente durante o internamento foram de grande relevância, criando condições para que o caso fosse discutido por profissionais de diferentes áreas. Isso possibilitou a elaboração de um plano terapêutico capaz de atender ao paciente e seu acompanhante em todas as suas singularidades e necessidades, dentro das possibilidades dispostas pela instituição. Essa abordagem ratifica a importância do trabalho em equipe multiprofissional de maneira mais sistematizada e integrada nas unidades hospitalares.

REFERÊNCIAS

BARBIERI, J. C. A educação ambiental e a gestão ambiental em cursos de graduação em administração: objetivos, desafios e propostas. **Revista de Administração Pública**, v. 38, n. 6, p. 919-946, 2004.

BRASIL. **Portaria nº. 2.809, de 7 de dezembro de 2012.** Estabelece a organização dos cuidados prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de atenção à pessoa com paralisia cerebral.** Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de atendimento da criança com desnutrição grave em nível hospitalar.** Ministério da Saúde, 2005.

CAMPOS, G. W. de S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. 399-407, 2007.

LIMA, A. M.; GAMALLO, S. M. M.; OLIVEIRA, F. L. C. Desnutrição energético-proteica grave durante a hospitalização: aspectos fisiopatológicos e terapêuticos. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 28, n. 3, p. 353-361, 2010.

LORENZI, P. D. C.; RIBEIRO, N. R. R. Rede de apoio familiar na hospitalização infantil. **Família, Saúde e Desenvolvimento**, 2006, 8.2.

MACEDO, E. C. *et al.* Sobrecarga e qualidade de vida de mães de crianças e adolescentes com doença crônica: revisão integrativa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 4, p. 769-777, 2015.

OLIVEIRA, L. B. O. *et al.* Recursos fisioterapêuticos na paralisia cerebral pediátrica. **Catussaba–Revista Científica da Escola de Saúde.** Universidade Potiguar. Ano 2, n. 2, abr./set. 2013.

REMPEL, G. The importance of good nutrition in children with cerebral palsy. **Physical Medicine and Rehabilitation Clinics**, v. 26, n. 1, p. 39-56, 2015.

VASCONCELOS, M. J. O. B. *et al.* **Nutrição clínica:** obstetrícia e pediatria. Rio de Janeiro: Científica, 2011.

INTEGRAÇÃO DE APLICATIVO DE GESTÃO E FERRAMENTAS DE BUSINESS INTELLIGENCE NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO BANDEIRA

David Lopes de Oliveira
Giliara Carol Diniz Gomes de Luna
Edineide Nunes da Silva
José Ferreira Lima Júnior

INTRODUÇÃO

O amplo acesso da população a serviços de saúde e o emprego de tecnologias economicamente eficientes e ambientalmente sustentáveis constituem grandes desafios para a gestão hospitalar e estão contemplados na Meta 3 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da ONU. Inseridos neste contexto e enquanto ambientes educacionais dedicados à assistência à saúde, os Hospitais Universitários Federais (HUFs) são impelidos à prática de excelência na governança, buscando alcançar qualidade e pro-

atividade, com racionalidade e eficiência no aporte de recursos, contexto no qual a existência de dados disponibilizados de forma estruturada e íntegra qualifica a tomada de decisões e a prática da gestão estratégica.

Amparados na necessidade de fortalecer as práticas da gestão nos HUFs, o Ministério da Educação (MEC) e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) optaram pelo desenvolvimento e uso de ferramentas informatizadas de suporte aos processos estruturados, por meio do aplicativo de gestão para hospitais universitários (AGHU), cuja concepção ocorreu em maio de 2009, havendo posteriormente a paulatina assimilação da tecnologia e implantação dos módulos do aplicativo, conforme as características específicas de cada hospital, sinalizando a sua adesão a uma postura alinhada e aberta à inovação em saúde, aplicada aos aspectos gerenciais e assistenciais de forma integrada, e localmente contextualizada.

Além da implantação do AGHU, a percepção acerca das peculiaridades de cada HUF fomenta a utilização de recursos diferenciados, porém alinhados às diretrizes de gestão, capacitando os hospitais para análise de dados pertinentes às demandas dos usuários e da assistência prestada, ao perfil educacional e de pesquisa que assumem, e ao compromisso com a excelência na gestão de recursos e processos.

Dessa forma, as organizações têm buscado a implantação de ferramentas de *Business Intelligence* (BI), que consistem em aplicações, infraestrutura, ferramentas e boas práticas capazes de proporcionar acesso e manejo analítico das informações coletadas. Os benefícios potenciais do uso de ferramentas de BI compreendem a melhoria do atendimento ao paciente, a utilização efetiva de recursos humanos e a melhoria na eficiência de processos, bem como a redução de custos.

A compreensão de que cada unidade assistencial apresenta vulnerabilidades de gestão e de processos que podem ser saneadas constitui o “problema” abordado neste trabalho. Assumindo seu compromisso com o contínuo aperfeiçoamento dos processos de gestão, baseado na compreensão de necessidades e potencialidades específicas, o Hospital Universitário Júlio Bandeira (HUIB), da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), sob gestão da EBSERH, optou por desenvolver ferramentas de BI integradas ao AGHU como potencial resposta.

Assim, o presente trabalho tem o objetivo de apresentar as etapas de implantação do AGHU no HUIB, bem como descrever as etapas de concepção, desenvolvimento e implantação das ferramentas de BI atualmente utilizadas no citado HUF, sendo justificado pela relevância de partilhar informações sobre a abordagem escolhida pelo HUIB na busca pela otimização contínua do processo de gestão, mediante disponibilização de aplicativos que fomentaram, com flexibilidade de arquitetura, a criação de novas visões e maior integração das fontes de dados, a partir das potencialidades de cada ferramenta (*self-Service BI*, *Cloud BI* e *Mobile BI*).

PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

Trata-se de relato de experiência, cuja abordagem descritiva permitiu reunir e analisar informações sobre a integração do AGHU às ferramentas de BI desenvolvidas no âmbito do HUIB, localizado em Cajazeiras, Paraíba e cenário de estudo.

O espaço temporal estudado compreendeu doze meses a partir de setembro de 2017, nos quais ocorreu a implantação do AGHU e a integração de ferramentas de BI a ele para contemplar necessidades

específicas, apontadas pelas equipes de governança e assistencial, destacando-se, portanto, o caráter colaborativo e integrador presente neste processo inovador.

Enquanto ferramenta estratégica de qualificação da gestão dos HUFs, o desenvolvimento do AGHU iniciou, em 2009, como parte integrante do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), do MEC, tendo como escopo apoiar a padronização das práticas assistenciais e administrativas dos HUFs, permitindo a criação de indicadores nacionais que facilitassem a adoção de projetos de melhoria.

O HUIB, unidade hospitalar da Universidade Federal de Campina Grande e filial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), não possuía até setembro de 2017 sistema de gestão hospitalar implantado; em agosto de 2017, sob forte esforço reestruturador, mediante o início da recomposição da força de trabalho por meio da primeira convocação de profissionais aprovados em concurso público, formou-se uma equipe multidisciplinar para a implantação gradativa dos módulos, seguindo uma estratégia dividida nas etapas de diagnóstico, atividades de pré-implantação e atividades de implantação e acompanhamento.

Entre setembro de 2017 e setembro de 2018, o AGHU foi assimilado como ferramenta tecnológica, tendo seus módulos “Pacientes”, “Prescrição Médica”, “Internação”, “Ambulatório Administrativo”, “Ambulatório Assistencial”, “Farmácia”, e “Estoque” paulatinamente implantados, de forma racional e estruturada, a fim de proporcionar adesão dos profissionais ao processo de trabalho mediado pela tecnologia, a partir da realização de capacitações na etapa de pré-implantação e da interação do setor de Tecnologia da Informação com as equipes assistenciais e gerenciais em todas as etapas do processo.

Após a implantação do AGHU, a percepção de que a integração deste com ferramentas de *Business Intelligence* (BI) para explorar analiticamente as informações coletadas seria capaz de proporcionar benefícios nos processos assistenciais e governança motivou a inclusão desta inovação. Para tanto, foi selecionada uma plataforma capaz de oferecer as novas tendências de gestão de dados do mercado, como Self-Service BI, Cloud BI, e Mobile BI: a ferramenta Microsoft Power BI, disponibilizada pela Rede EBSERH.

No desenvolvimento, vislumbrou-se a aplicação de arquitetura de três camadas, que se diferencia das tradicionais por entregar as informações dentro de um ciclo de desenvolvimento ágil, baseado nas particularidades do hospital, identificando-se inicialmente as necessidades mais urgentes e que agregam maior valor para a organização, buscando-se estas informações no segundo nível, que caso não apresente informações suficientes, ocasionará a criação de novo repositório de dados para atender a estas necessidades. Ou seja, o fluxo de análise é *Top-Down*, mas o fluxo de dados é oposto, facilitando a aproximação dos times de TI com a equipe multidisciplinar, através de uma atuação mais próxima e interativa, baseada na simplicidade e objetividade da arquitetura (CASTRO, 2016).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A instituição do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais- REHUF, por meio do Decreto nº 7.082/10, que dispõe sobre o financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre as áreas da educação e da saúde, e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais, mar-

cou o processo de redesenho das ações desenvolvidas nos HUFs e da (re)qualificação do ensino, pesquisa, extensão, assistência e gestão praticados neles.

O referido decreto aponta, no seu art. 5º, parágrafo II, como medida estruturante a implantação de sistema gerencial de informações e indicadores de desempenho, a ser disponibilizado pelo MEC, como ferramenta de administração e acompanhamento do cumprimento das metas estabelecidas.

Em virtude da adesão ao REHUF em 2015, o HUIB/EBSERH empreendeu esforços no sentido de adequar a governança, o ensino e a assistência aos parâmetros propostos, incluindo a recomposição da força de trabalho, que teve início em 2017, e a partir da qual foi possível iniciar o processo de implantação do AGHU.

No processo de implantação gradativa dos módulos do aplicativo de gestão, que seguiu uma estratégia dividida nas etapas de diagnóstico, atividades de pré-implantação, atividades de implantação e acompanhamento, iniciado em agosto de 2017, optou-se pela coresponsabilização e coparticipação das áreas assistencial, de gestão e equipe de Tecnologia da Informação, a fim de proporcionar adesão ao novo processo de trabalho, sem prejuízo à continuidade e à qualidade da assistência ao usuário ou ao ensino.

Para a sua implantação, no período de setembro de 2017 a setembro de 2018, foi considerada a hierarquia de necessidades registrada no Plano Diretor Estratégico do HUIB (2017-2018).

No âmbito do AGHU, o módulo “Pacientes” foi o primeiro módulo a ser implantado, por ser responsável pela entrada do paciente no sistema através do cadastramento dos seus dados, seguido pelo módulo “Prescrição Médica”, agregando benefícios da prescrição médica informatizada, como aumento da segurança do paciente

por lhe permitir melhor compreensão das prescrições e redução de erros quanto aos medicamentos. O módulo “Internação” foi o subsequente, compreendendo a identificação e o processo de entrada do paciente na estrutura hospitalar, referenciando o paciente a um leito, especialidade, médico responsável, CID de internação, procedimento a ser realizado.

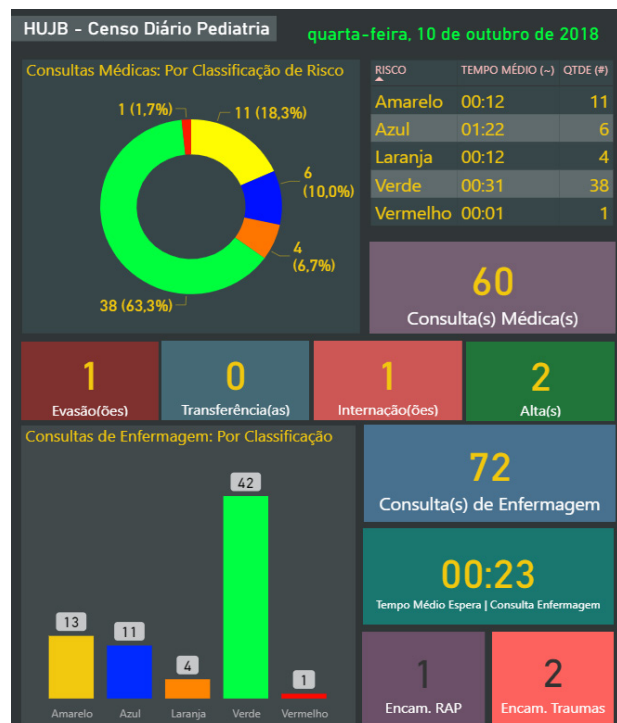
Seguiu-se então a implantação dos módulos “Ambulatório Administrativo”, responsável pelo gerenciamento do atendimento realizado pelos diversos profissionais que atuam na estrutura hospitalar e gestão das agendas do ambulatório, e “Ambulatório Assistencial”, que consiste nos registros do atendimento assistencial ao paciente, favorecendo o prosseguimento da assistência ambulatorial para eventual continuidade de tratamento.

E por fim, no período considerado, foram implantados os módulos “Farmácia”, incluindo a gestão de medicamentos e englobando atividades de regulação, triagem e dispensação, conforme regulamentação vigente; e “Estoque”, cuja função é gerenciar as movimentações dos suprimentos através do controle do fluxo de materiais.

Após a implantação do AGHU, a percepção de que a integração deste com as ferramentas de BI para explorar analiticamente as informações coletadas poderia ter impactos relevantes para a gestão e assistência, bem como impulsionar atividades acadêmicas, culminou com o desenvolvimento de três aplicativos baseados na ferramenta Microsoft Power BI.

O aplicativo Censo Diário de Pediatria consiste no acompanhamento diário dos tempos de atendimento das consultas médicas por classificação de risco, monitoramento das evasões, transferências e encaminhamento para rede de atenção primária e de alta complexidade, e monitoramento das internações e altas.

FIGURA 1–APLICATIVO CENSO DIÁRIO DE PEDIATRIA (LOPES, 2017^A).



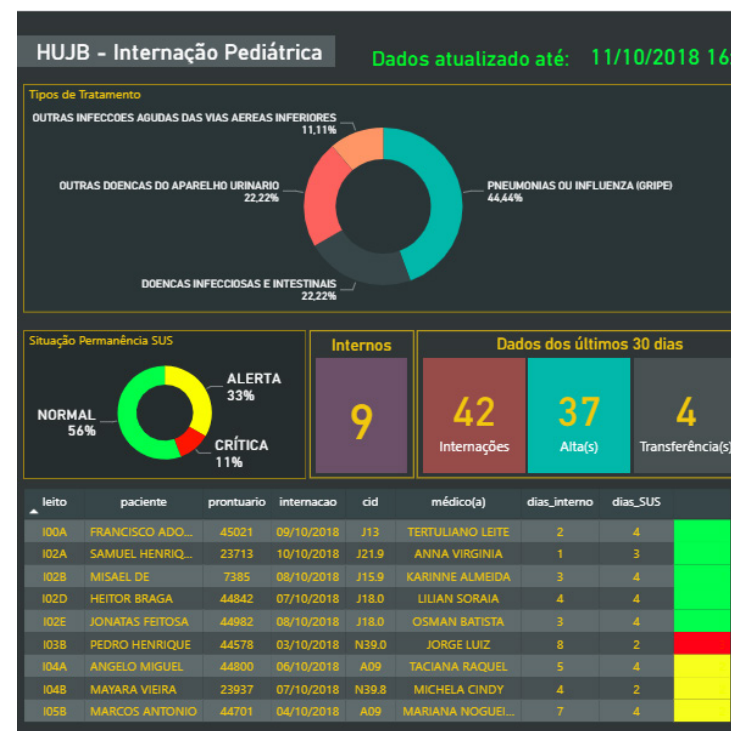
Fonte: SGPTI/HUJB/EBSERH.

O aplicativo Painel Kanban da Internação Pediátrica, por sua vez, proporciona o acompanhamento gráfico dos pacientes internos, verificando tipo de tratamento, CID, dias de internamento, leito, médico responsável, data da internação, além da análise da permanência do paciente no hospital de acordo com a tabela do SUS. A partir deste aplicativo, é possível mensurar o tempo de permanência, que é indicador de qualidade hospitalar, pois mede a eficiência e a efetividade da assistência ao paciente, devendo ser utilizado para monitoramento de toda a gestão hospitalar (PETRY, 2016), já que o

prolongamento da permanência do paciente, além de danoso para a receita do hospital, é extremamente danoso para o paciente, que tem aumentados os riscos à sua saúde, incluindo a submissão a um estresse adicional.

De acordo com o Termo de Referência Kanban, instrumento em elaboração pelo SOS Emergências, o Kanban “promove a visibilidade coletiva” de pacientes cujo período de internamento esteja acima da média de permanência aceitável, facilitando a percepção dos problemas e, assim, agilizando sua solução (BRASIL, 2015).

FIGURA 2–APLICATIVO PAINEL KANBAN DA INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA (LOPES, 2017^B).

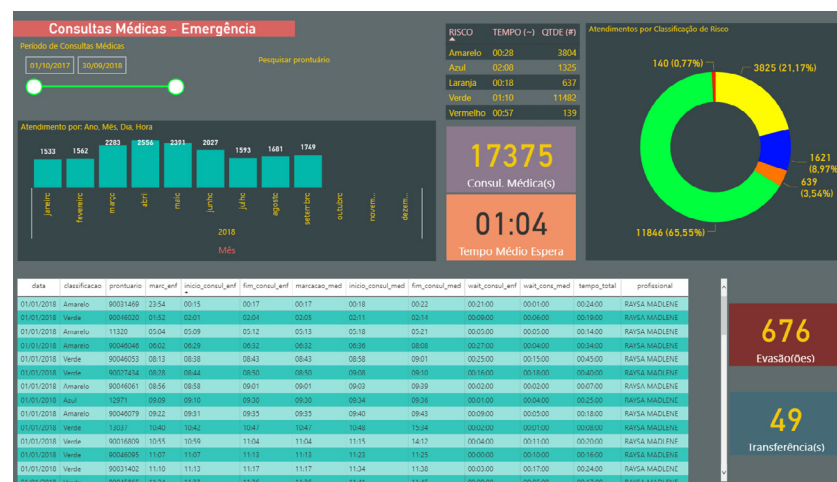


Fonte: SGPTI/HUJB/EBSERH.

O acompanhamento da série histórica das consultas médicas, possibilitando uma análise imersiva por ano, mês, dia e hora, bem como a análise dos tempos de atendimento do paciente durante todo o seu percurso no hospital, desde o cadastro na recepção, passando pela consulta de enfermagem até a consulta médica, por sua vez, é o resultado proposto pelo aplicativo Consultas Médicas, que permite ainda obter gráficos dos atendimentos por classificação de risco dentro da série histórica selecionada.

A partir desses dados, é possível compreender a relação do HUF com a Rede de Atenção à Saúde (RAS) da qual faz parte, sendo ainda possível compreender se o perfil de demanda dos serviços de saúde dos pacientes que a ele se dirigem corresponde ao perfil assistencial dele, conforme o gráfico de classificação de risco e os dados relativos a transferências, encaminhamento e evasões.

FIGURA 3—APLICATIVO CONSULTAS MÉDICAS (LOPES, 2017B)



Fonte: SGPTI/HUJB/EBSERH.

A porta de entrada dos serviços de urgência/emergência ou hospitais tem sido reconhecida pelos usuários, equivocadamente, como a primeira escolha de atendimento, mesmo em situações em que o serviço a ser buscado não deveria ser o pronto-socorro, o que pode gerar superlotação, desorganização dos atendimentos e insatisfação da população (MOTA-GUEDES *et al.*, 2017), sendo necessárias novas formas de organizar o fluxo dos usuários no serviço de saúde, de forma que a adoção de ferramentas capazes de retratar a situação e registrar o acesso do usuário, conforme a classificação de risco, pode embasar novas estratégias e requalificação do arranjo da própria RAS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implantação do AGHU no HUJB/EBSERH proporcionou indiscutíveis melhorias no processo de trabalho e na assistência prestada, a partir do uso de ferramenta tecnológica aplicada à gestão e assistência, e preconizada para hospitais signatários do REHUF. Seu processo de implantação priorizou a corresponsabilização e coparticipação da força de trabalho, respeitando as necessidades e prioridades do serviço.

Nessa busca pela otimização contínua do processo de gestão, a criação dos aplicativos Censo Diário de Pediatria, Painel Kanban da Internação Pediátrica e Consultas Médicas, concebidos de acordo com as necessidades diárias do serviço, reflete o compromisso com a contínua busca pela excelência e a vocação inovadora do HUJB, frente aos desafios cotidianos. O emprego dos aplicativos integrados amparou a tomada de decisões da gestão do HUJB, frente às questões relativas aos processos de pactuação da oferta de serviços com as

esferas administrativas, bem como capacitou a equipe assistencial e de gestão para que pudessem contribuir para a (re)qualificação da RAS, tendo em vista que, a partir dos dados obtidos por meio do AGHU e das análises entregues pelas ferramentas de BI, características como cobertura da atenção básica, regulação, referenciamento e contrarreferenciamento podem ser inferidas a partir de indicadores, como o número de atendimentos classificados como de baixa prioridade, o número de encaminhamentos ou ainda os internamentos motivados por enfermidades relacionadas a condições sensíveis à atenção primária em saúde.

REFERÊNCIAS

BATISTA, A. V.; BEZERRA, K. K. S.; FARIAS, M. C. A. D.; FERREIRA, J. R. N.; NASCIMENTO, M. M. P. do; SILVA, E. N.; SOUSA, M. J. P. **Plano Diretor Estratégico do Hospital Universitário Júlio Bandeira/EBSERH**. 2017. Disponível em: www.ebserh.gov.br/web/hujb-ufcg. Acesso em: 10 out. 2018.

BRASIL. **Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010**: Institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF). 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Toda Hora. Programa SOS Emergência. **Termo de referência: Kanban**. Brasília: 2015.

CASTRO, J. M. L. T. **Tendências de Business Intelligence: SSBI como foco principal de estudo**. 2016. 76 f. Dissertação (Mestrado em Gestão de Informação)–Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 2016.

LOPES, D. A. **Censo Diário de Pediatria HUIB/EBSERH**. *Software de computador (Microsoft Power BI/ AGHU EBSERH) Version 1.0 [S.I.; s.n.] 2017a*. 1 CD-ROM.

LOPES, D. A. **Consultas Médicas HUIB/EBSERH**. *Software de computador (Microsoft Power BI/ AGHU EBSERH) Version 1.0 [S.I.; s.n.] 2017c*. 1 CD-ROM.

LOPES, D. A. **Painel Kanban da Internação Pediátrica HUIB/EB-SERH**. *Software de computador (Microsoft Power BI/ AGHU EBSERH) Version 1.0 [S.I.; s.n.] 2017b*. 1 CD-ROM.

MOTA-GUEDES, H. *et al.* Outcome assessment of patients classified through the Manchester Triage System in emergency units in Brazil and Portugal. **Invest. educ. Enferm** [online]. v. 35, n. 2, p. 174-181, 2017.

PETRY, D. **Análise de Implantação do Kanban em hospitais do Programa SOS Emergências**. 2016. 152 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva)–Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/21644/1/DISS%20DEBORA%20PETRY.%20MP%202016.pdf>. Acesso em: 10 out. 2018.

RELATO DE EXPERIÊNCIA NA IMPLANTAÇÃO DO LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO BANDEIRA

Américo Alexandre de Assis Filho

Francisco Alexandre Saraiva Júnior

Glérison de Moura Gomes

Antonio Luiulo Alves Mendes

Jeane Cleide Oliveira de Aquino Sarmento

INTRODUÇÃO

As constantes mudanças no cenário mundial estimulam as organizações de saúde na busca pela qualidade dos serviços. Dessa maneira, as pressões no sentido da melhoria intensificaram-se e o resultado é o interesse pela administração da qualidade nos serviços de saúde e o reconhecimento da importância na estratégia da qualidade (PASQUALI, 2002).

O laboratório de análise e patologia clínica vem desempenhando papel cada vez mais importante no sistema de prestação de serviços de saúde no Brasil. A responsabilidade social dos profissionais dos

laboratórios na comunidade é um valor que encontra receptividade, melhorando a imagem dos serviços prestados e de seus profissionais. As sofisticações tecnológicas laboratoriais exigem profissionais especializados nessa área, tanto na análise propriamente dita como na obtenção da matéria-prima do laboratório, ou seja, a amostra biológica, pois mesmo os equipamentos de última geração não conseguirão minimizar os interferentes ocasionados por coleta não adequada ao tipo de exame solicitado (BRASIL, 2011).

O laboratório de análises clínicas (LAC) é um setor essencial na área de saúde devido a sua importância no diagnóstico de patologias. Constitui importância estratégica seja como empresa privada ou inserida no contexto do serviço público. Neste sentido, pode estar inserido em hospitais de diversas especialidades, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), postos de Unidades Básicas de Saúde, entre outros estabelecimentos que envolvem a saúde comunitária.

Trabalhar em um laboratório de análises clínicas significa estar comprometido com a saúde pública, uma vez que é do resultado das análises que depende uma parte significativa ou, muitas vezes, todo um diagnóstico clínico (PASQUALI, 2002).

A obtenção de uma amostra biológica de boa qualidade exige do profissional um conhecimento específico sobre os tipos de análise e as diferentes etapas que compõem o processo de análises clínicas. Entre os vários aspectos de relevância para desenvolver as atividades do laboratório de patologia clínica, podemos eleger, no âmbito interno, a capacitação técnica, o controle estatístico do processo, a funcionalidade, a produtividade, o desenvolvimento econômico e a ética profissional; e, no âmbito externo, a credibilidade técnico-científica, a captação crescente da clientela, a rentabilidade e a respeitabilidade empresarial (CHAVES; MARIN, 2011).

A busca da excelência no desempenho dessas ações faz com que a imagem da organização obtenha valor perante os vários segmentos que poderão compor o quadro de pacientes do laboratório.

FASES DAS ANÁLISES NO LABORATÓRIO

Existem, no âmbito do laboratório de análises clínicas, diversos métodos de análise, entre os quais os biológicos, os físicos e os químicos. Cabe a cada laboratório utilizar o método que melhor se adequa a sua realidade, ao tipo de paciente atendido, à demanda de exames. A análise poderá ser realizada em equipamentos específicos, em testes rápidos, entre outros métodos manuais, mas que tenham embasamento técnico e científico (BRASIL, 2011).

Para garantir a segurança das tecnologias usadas em laboratórios clínicos, é necessária a união das entidades envolvidas na garantia da saúde do Brasil. Tais entidades são representadas principalmente por: Ministério da Saúde (MS), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial (SBPC/ML), Sociedade Brasileira de Análises Clínicas (SBAC), entre outras (CFF, 2011).

A principal resolução que define os requisitos para o funcionamento de um laboratório e postos de coleta é a RDC 302/2005, criada pela ANVISA em 2005. Esta norma estimulou os proprietários e gestores de empresas afins a adotarem medidas sanitárias, estruturais e técnicas que visem à melhor qualidade possível dentro de suas empresas (CHAVES; MARIN, 2011).

Após a criação dessa RDC, todos os laboratórios ficaram responsáveis pela padronização escrita dos processos envolvidos em todas as suas fases. O registro de todas as ações, sejam elas preventivas ou corretivas, deve ser seguido à risca, já que permite uma melhor rastreabilidade de possíveis não conformidades. Dessa maneira, a gestão de qualidade consegue ter uma melhor avaliação e monitoramento do que está acontecendo nos diversos processos inseridos em um LAC (BRASIL, 2005).

Existe uma sistemática organizacional nos processos realizados dentro de um laboratório de análises clínicas que é dividida em

três fases: pré-analítica, analítica e pós-analítica. A primeira fase é caracterizada por cadastramento, coleta da amostra, orientações sobre a coleta, transporte e processamento. Essa fase é, sem dúvidas, uma das mais importantes no processo de análise laboratorial, pois a conclusão dessa fase sem erros minimiza as chances de falhas analíticas e contribui para que se tenham resultados fidedignos e com qualidade (SIMUNDIC *et al.*, 2014).

O cadastro deve ser realizado com todas as informações a respeito do paciente, quando devem ser apresentados documentos que comprovem a veracidade da pessoa, como Identidade, CPF, entre outros. Durante o cadastro, o responsável pelo cadastramento e pela coleta deve atentar para os exames que foram solicitados, verificar se o paciente está tomando alguma medicação, averiguar o tempo de jejum do paciente e repassar as instruções de coleta, caso seja preciso (BOLENIUS *et al.*, 2013).

O transporte das amostras deve ser realizado com cautela e segurança, sempre obedecendo às normas que regem esse procedimento. É importante que o laboratório adote formulário de registro de controle de temperatura da caixa térmica responsável pelo armazenamento temporário das amostras. Deve-se ter um intervalo de aceitação de temperatura, pois, caso a caixa térmica detecte uma temperatura fora deste intervalo, é adotado critério de rejeição. O processamento das amostras é a última etapa da fase pré-analítica, na qual estas são processadas de acordo com o tipo de cada um. No caso de obtenção de soro, deve-se aguardar um tempo mínimo de meia hora para obtenção do coágulo (BRASIL, 2010).

A fase analítica corresponde à realização do exame propriamente dito. Para que o exame seja feito da melhor maneira possível, é necessária uma série de condutas que devem ser descritas nos Procedimentos Operacionais Padrão (POP). Os reagentes devem ter a qualidade necessária de desempenho, os equipamentos devem estar

totalmente calibrados e os controles internos e externos dos exames precisam estar dentro do intervalo de tolerância (BRASIL, 2005).

Atualmente, os resultados dos exames laboratoriais influenciam em mais de 60% as decisões médicas. Os ensaios devem ser exatos e precisos, e para garantir esta precisão e exatidão, é necessário que o laboratório tenha programas de controle interno e externo de qualidade (BERLITZ, 2010).

Para avaliar a precisão do sistema analítico utilizado em um determinado laboratório, é necessário o uso de controle interno de qualidade. Este controle pode ser adquirido comercialmente, ser realizado por padrões fornecidos juntamente com os reagentes ou pode ser realizado um *pool* de amostras dependendo do tipo de analito a ser testado. Já para avaliar a exatidão dos resultados de um determinado equipamento ou sistema analítico, é preciso que o laboratório possua um programa de controle externo da qualidade. Todo laboratório que se preocupa com a qualidade dos resultados e segue as normas vigentes do país deve adotar programas que visem à segurança. Atualmente, no Brasil, há dois programas nacionais de ensaio de proficiência: CONTROLLAB, da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial (SBPC/ML); e o Programa Nacional de Controle de Qualidade (PNCQ), da Sociedade Brasileira de Análises Clínicas (SBAC) (CHAVES; MARIN, 2011).

Cada programa possui suas particularidades em relação a critérios de avaliação, frequência de envio das amostras controles e outras normas operacionais. Ainda com vistas à garantia de qualidade dos serviços, é facultada aos laboratórios a adesão a programas de certificação e acreditação. A certificação está relacionada com a emissão de documentos comprobatórios que garantam a conformidade dos processos analisados, sejam estes referentes às atividades técnicas que incluem os processos pré-analíticos, analíticos e pós-analíticos, como também às áreas de gestão e administração (CHAVES; MARIN, 2011).

A ISO 9000, da International Standard Organization, é exemplo de certificação. Programas de acreditação são mais amplos e incluem os requisitos de certificação. Ou seja, a acreditação tem um envolvimento da comunidade técnica científica que visa garantir a qualidade das atividades, bem como a segurança do paciente, por meio de indicadores da qualidade. São exemplos o Programa de Acreditação de Laboratórios Clínicos (PALC), da SBPC/ML, e o Sistema Nacional de Acreditação (DICQ), da SBAC (ANDRIOLO *et al.*, 2014). Na região Nordeste do Brasil, a quantidade de laboratórios acreditados ainda é considerada pequena. Para se ter uma ideia desta problemática, na Paraíba, apenas um laboratório possui a certidão de acreditação, o que demonstra que o setor laboratorial em análises clínicas precisa de melhorias no sentido da qualidade, eficácia e eficiência.

A etapa pós-analítica é a que representa um menor índice de erros, mas não deve ser menosprezada. Uma das falhas mais comuns nesta etapa é no momento da digitação do laudo. Muitos laboratórios no Brasil ainda utilizam sistemas manuais tanto de equipamentos como também de emissão de laudos. Há disponíveis, no Brasil, sistemas de informática especializados em laboratórios de análises clínicas que proporcionam ferramentas na melhoria de todos os processos analíticos, entre as quais está o interfaciamento dos resultados associados a determinados equipamentos. Esta ferramenta proporciona grande melhoria na segurança de emissão de laudos (BRASIL, 2014).

O processo de implantação de um serviço de saúde no âmbito hospitalar é dinâmico, complexo, contínuo e crucial para a melhoria do atendimento à população da região. Nesse contexto, dadas a relevância do assunto e a perspectiva de apontar as estratégias utilizadas, é que o estudo tem por objetivo relatar a experiência quanto à implantação do laboratório de análises clínicas no Hospital Universitário Júlio Bandeira da Universidade Federal de Campina Grande, no estado da Paraíba.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de natureza qualitativa na modalidade de relato de experiência. Os dados para a pesquisa foram coletados desde julho de 2018, data da chegada dos profissionais que compõem o quadro do setor, os quais são: dois bioquímicos e três técnicos em análises clínicas.

Toda a implantação dos serviços será citada nos resultados e discussões, que foram obtidos através da experiência de implantação e situações específicas no dia a dia dos profissionais do Laboratório de Análises Clínicas do Hospital Universitário Júlio Bandeira da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, vinculado à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Antes da chegada dos profissionais do Laboratório de Análises Clínicas do Hospital Universitário Júlio Bandeira – HUJB, existia apenas o espaço físico com dois equipamentos antigos, que estavam sem utilização há vários anos: um equipamento hematológico e outro de coagulação com procedência desconhecida.

Com a chegada da equipe inicial, fizeram-se as adequações necessárias relacionadas a infraestrutura, recurso tecnológico e análise de funcionamento dos equipamentos que já existiam no espaço físico. Verificou-se primeiramente o funcionamento do equipamento de hematologia, no qual foram feitas calibrações e comparações de resultados com o laboratório terceirizado. Aparentemente, ao fazer as calibrações, constatou-se que não havia confiabilidade em todos os parâmetros analisados, o que foi comprovado através da validação interlaboratorial. Constatado o problema, foi comunicado à chefia imediata para que fosse solicitado outro equipamento hematológico,

devendo este atender às necessidades para a realização de exames confiáveis e seguros.

Concomitantemente ao processo de implantação do setor de hematologia, elaboraram-se formulários de compras de materiais de uso permanente, de consumo e de reagentes que seriam necessários ao início do funcionamento do laboratório. Este planejamento foi feito por meio de formulários específicos para cada tipo de pedido, com a ajuda de toda a equipe do laboratório no sentido de adquirir o melhor tipo de produto no mercado.

Em relação às adequações tecnológicas do serviço, foram instalados dois computadores, com as devidas configurações, para fornecer mais agilidade e qualidade aos trabalhos que deles necessitavam, como produção e edição dos formulários de compras, elaboração das máscaras e dos laudos de todos os exames iniciais, acompanhamento dos resultados do laboratório terceirizado, elaboração dos Procedimentos Operacionais Padrão – POP, entre outros.

Os POPs são documentos imprescindíveis para o exercício de qualquer tarefa realizada com qualidade, eficiência e eficácia, obedecendo a critérios técnicos e observando normas e legislação das áreas pertinentes. Os POPs servem de veículo para que as informações acerca dos mais diversos processos cheguem com segurança ao profissional, facilitando assim o entendimento para a sua execução.

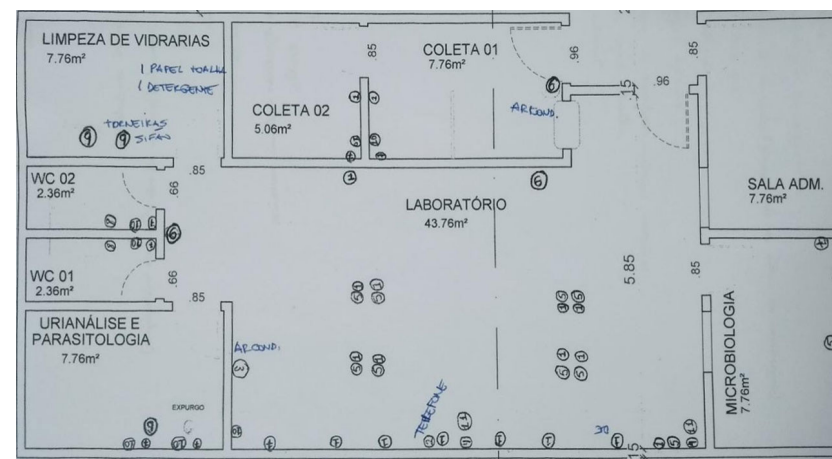
Foram elaborados, de acordo com o *Manual de Padronização da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH*, os seguintes POP até o momento: Coleta de sangue venoso para análise laboratorial; Coleta sanguínea para hemocultura; Coleta, armazenamento e transporte para gasometria; Emergência em caso de derramamento de resíduos biológicos; Sumário de urina; Contagem de reticulócitos; Exames de coagulação; PCR; ASLO; Fator reumatoide e o de Transporte de amostras biológicas.

À medida que novos serviços forem sendo implantados, mais POP serão produzidos pela equipe do setor laboratorial, obedecendo às normas que regem a EBSEH.

Além dos POP, produziu-se um *Manual de Limpeza e Desinfecção para o Laboratório de Análises Clínicas*, que visa padronizar a conduta estabelecida para os procedimentos de limpeza e desinfecção do setor, relacionando os procedimentos necessários para uma limpeza adequada e segura, melhorando a segurança dos que executam as análises e minimizando os acidentes de trabalho e as contaminações.

Visto que havia algumas falhas na estrutura do laboratório, fez-se uma adequação da sua infraestrutura na parte elétrica, de conexão (telefonía e internet), sinalização de segurança, entre outros (Fig. 1), de acordo com as boas práticas laboratoriais. Houve também a ativação dos setores de Parasitologia, Uroanálise e Limpeza de Materiais.

FIGURA 1 – -PROJETO DE MUDANÇA INFRAESTRUTURAL DO LAC



Fonte: UAD/SADT/HUJB

Todas as etapas anteriores ocorriam em paralelo com a aceleração dos processos de qualidade do laboratório.

Também foi elaborado o registro de controle de temperatura dos dois refrigeradores existentes no laboratório (Fig. 2). Este registro é fundamental para garantir a integridade dos reagentes, das amostras e dos demais insumos armazenados nas geladeiras.

FIGURA 2 – MAPA DE CONTROLE DE TEMPERATURA DOS REFRIGERADORES DO LAC

FICHA PARA CONTROLE DE TEMPERATURA

ANO: _____ MÊS: _____

SETOR/GELADEIRA: _____

DIA	MATUTINO					VESPERTINO					NOTURNO					
	HORA	MAX.	MIN.	ATUAL	RUBRICA	HORA	MAX.	MIN.	ATUAL	RUBRICA	HORA	MAX.	MIN.	ATUAL	RUBRICA	
01																
02																
03																
04																
05																
06																
07																
08																
09																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																
21																
22																
23																
24																
25																
26																
27																
28																
29																
30																
31																

Fonte: UAD/SADT/HUIB

Uma das atividades mais corriqueiras no período de implantação, e que continua sendo realizada, é a educação permanente de toda a equipe através de estudos de artigos científicos da área da saúde. Os estudos e debates entre os integrantes da equipe proporcionam um grande ganho para os conhecimentos teóricos, práticos e pedagógicos.

Ainda sobre educação permanente, foi oferecido aos profissionais do laboratório e das outras áreas de saúde do hospital capacitações e atualizações sobre a coleta, o transporte e o armazenamento de amostras e sobre boas práticas de laboratório, com a finalidade de melhoria de qualidade dos processos laboratoriais. Ofertaram-se aos membros da equipe laboratorial vários cursos sobre diversos temas, promovidos pela Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, com o intuito de ampliar ainda mais seus conhecimentos. Para a

liberação da credencial e realização de alguns dos exames de triagem com a utilização de testes rápidos, a Secretaria de Saúde do estado também ofereceu cursos e treinamentos sobre os testes de HIV, HBsAg e Anti- HCV (Fig. 3 e 4).

FIGURA 3 – CAPACITAÇÕES REALIZADAS PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO HUIB



Fonte: UAD/SADT/UDF/DivGP/HUIB

FIGURA 4 – CAPACITAÇÕES REALIZADAS PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO HUIB



Fonte: UAD/SADT/UDF/DivGP/HUIB

186

**MAPA CONTROLE PARA TESTE RÁPIDO DA CHIKUNGUNYA**

N	NOME DO PACIENTE	IDADE	RESULTADO DO TESTE	DATA	RESPONSÁVEL	FUNÇÃO
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

Total de teste recebido: _____
Total de teste utilizado: _____
Responsável pelo setor: _____

Fonte: SADT/UAD/HUIJB

FIGURA 6 – MANUAL DE PREPARO DO PACIENTE PARA A REALIZAÇÃO DOS EXAMES

[illegible]

Tendo em vista que o laboratório, naquele momento, só funcionava no período diurno, foi confeccionada uma tabela que mostrava os exames realizados e os seus respectivos tubos de coleta de material biológico, para facilitar o trabalho dos técnicos de enfermagem no horário noturno (Quadro 1).

QUADRO 1 – CORRELAÇÃO DOS TUBOS UTILIZADOS PARA A COLETA SANGÜÍNEA E SEUS RESPECTIVOS EXAMES LABORATORIAIS

	Tubo com Citrato de Sódio: Exames de Coagulação. (Vol: 4mL) Ex: TAP, TTPA, etc.
	Tubo com Ativador de Coágulo: Exames de Bioquímica e Sorologia em geral. (Vol. Mín: 2mL) Ex: Uréia, Creatinina, TGO, TGP, Bilirrubina (Envolver o Tubo com Papel Alumínio) , PCR, Na ⁺ , K ⁺ , Mg ⁺ , Cl ⁻ , Cálcio Total, Cálcio Iônico Fosfatase Alcalina, Gama – GT, Albumina, Proteínas Totais e Frações, Amilase, Lipase, Anti-Estreptolisina O (ASLO), Fator Reumatóide, Prova Cruzada, Coombs Indireto, etc.
	Tubo com Ativador de Coágulo + Gel: Exames de Bioquímica e Sorologia. (Vol. Mín: 2mL) Ex: Uréia, Creatinina, TGO, TGP, Bilirrubina (Envolver o Tubo com Papel Alumínio) , PCR, Na ⁺ , K ⁺ , Mg ⁺ , Cl ⁻ , Cálcio Total, Cálcio Iônico Fosfatase Alcalina, Gama – GT, Albumina, Proteínas Totais e Frações, Amilase, Lipase, Anti-Estreptolisina O (ASLO), Fator Reumatóide, Prova Cruzada, Coombs Indireto, etc.
	Tubo com EDTA: Exames Hematológicos e Imunohematológicos. (Vol. Mín: 2mL) Ex: Hemograma, Contagem de Reticulócitos, Contagem de Plaquetas, VHS, Tipagem Sanguínea, Testes Rápidos em geral, Prova Cruzada, Coombs Direto, Dosagem de Amônia, etc.
	Tubo com Heparina de Sódio: Exames Excepcionais. Obs: Tampa verde ou Azul Escuro. (Vol. Mín: 2mL) Ex: Citologia de Líquidos Biológicos (Líquor, Líquido Ascítico, Sinovial, Pleural).
	Tubo com Fluoreto de Sódio: Exames Excepcionais. (Vol. Mín: 2mL) Exames: Lactato e Glicemia em Jejum.
	Tubo Sem Aditivo: Exames Excepcionais. (Vol. Mín: 2mL) Ex: Dosagem Bioquímica e Microbiológica de Líquidos Biológicos (Líquor, Líquido Ascítico, Sinovial e Pleural).

Fonte: UAD/SADT/HUJB

Para que as atividades do laboratório sejam devidamente legalizadas é importante que haja a sua regulamentação nos órgãos fiscais. Com isso, foi realizada a regularização do laboratório no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) juntamente com o Registro do Laboratório de Análises Clínicas no Conselho de Farmácia (CRF-PB).

É importante destacar que, antes do funcionamento e da implantação dos serviços de laboratório, os exames do HUJB eram realizados por um laboratório terceirizado, o qual atendia a 100% da demanda do hospital. Após o início dos trabalhos do LAC, esse percentual realizado pelo laboratório terceirizado foi reduzido e hoje chega a aproximadamente 20%.

Diante dessas informações, podemos ver que a implantação dos serviços laboratoriais no HUJB está sendo de imensa importância para a assistência à saúde no hospital, contribuindo com a realização de exames confiáveis, que irão contribuir para o diagnóstico das diversas patologias dos pacientes.

CONCLUSÃO

Os laboratórios de análises clínicas avançaram muito nos últimos anos, o que foi fruto do grande avanço tecnológico que ocorreu tanto no melhoramento das técnicas utilizadas quanto no surgimento de novas metodologias e equipamentos.

O presente trabalho foi desenvolvido no intuito de relatar o processo de implantação do Laboratório de Análises Clínicas do Hospital Universitário Júlio Bandeira (HUJB), cujo estudo para sua implantação ocorreu tanto na identificação quanto na caracterização dos recursos materiais, humanos, tecnológicos e financeiros, bem como a observância da RDC 302/05, no que tange aos aspectos legais relativos a laboratório clínico.

Após ser caracterizado como um laboratório de análises clínicas do tipo misto, que irá realizar, inicialmente, exames mais frequentemente solicitados por médicos pediatras dos setores: ambulatorial, internamento e cirurgias de pequeno porte; e no segundo momento, atender à demanda externa, composta por pacientes de todas as faixas etárias, definiram-se os aspectos técnicos de como seria o processo de coleta, transporte, preparação de amostras, análise das amostras, equipamentos, móveis, equipamentos de apoio e layout do laboratório.

O diagnóstico clínico tornou-se inerente ao campo do laboratório clínico, fazendo com que os médicos se tornassem seus aliados em busca de um diagnóstico mais preciso e de maior qualidade para seus pacientes. Porém, como pode ser percebida ao longo do trabalho, a implantação de um laboratório de análises clínicas não é um processo trivial e suas chances de sucesso variam muito, visto a complexidade do serviço ser elevada e necessitar de um olhar diferenciado para os fluxos e os processos de trabalho das análises das amostras, a fim de se evitarem erros em alguma das fases analíticas das amostras biológicas.

Por fim, espera-se que, após a implantação do referido laboratório, este auxilie o corpo médico do HUIB no diagnóstico das inúmeras enfermidades, principalmente no campo da pediatria; e que, consequentemente, ajude na melhoria da saúde dos pacientes da região de saúde polarizada pelo município de Cajazeiras-PB.

REFERÊNCIAS

ANDRIOLO, A. *et al.* **Recomendações da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial (SBPC/ML):** coleta e preparo da amostra biológica. São Paulo: Manole. 2014.

BERLITZ, F. D. A. Controle da qualidade no laboratório clínico: alinhando melhoria de processos, confiabilidade e segurança do paciente. **J. Bras. Patol. Med. Lab**, v. 46, n. 5, p. 353-363. 2010.

BOLENIUS, K. *et al.* Minor improvement of venous bloods specimen collection practices in primary healthcare after a large-scale educational intervention. **Clin. Chem. Lab. Med**, v. 51, n. 2, p. 303-10, Feb. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 302, de 13 de outubro de 2005. Dispõe sobre Regulamento Técnico para funcionamento de Laboratórios Clínicos. **Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil**, Brasília, 14 out. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 20, de 10 de abril de 2014.** Dispõe sobre regulamento sanitário para o transporte de material biológico humano. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Caderno de Informações de Saúde. **Quantidade e valor aprovados e apresentados dos procedimentos ambulatoriais por município de atendimento, segundo grupo e subgrupo de procedimentos.** Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Estatísticas da Saúde.** Assistência Médico-Sanitária. Brasília, 2010.

CFF. Conselho Federal de Farmácia. **Certificação em Farmácia Hospitalar.** Brasília, 2011.

CHAVES, J. S. C. O.; MARIN, V. A. Avaliação do controle externo da qualidade nos laboratórios clínicos do Rio de Janeiro de 2006 a 2008. **J Bras. Patol. Med. Lab**, v. 46, n. 5, p. 391-394. 2011.

PASQUALI, R. C. **Metodologia para melhoria em processos**: aplicação em laboratório de análises clínicas. 2002. 122 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção)–Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

SIMUNDIC, A. M. *et al.* Standardization of collection requirements for fasting samples: for the Working Group on Pre-analytical Phase (WG-PA) of the European Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine (EFLM). **Clin. Chim. Acta**, v. 432, p. 33-7, May 15. 2014.

.....

SOBRE OS ORGANIZADORES

.....

EDINEIDE NUNES DA SILVA: Enfermeira, mestra em Ciências da Saúde, especialista em Saúde da Família, Gestão de Hospitais Universitários Federais no SUS, Enfermagem em Centro Cirúrgico, Central de Material e Esterilização e Unidade de Recuperação Pós-Anestésica. Professora da Unidade Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Formação de Professores, Campus de Cajazeiras-PB – UAENF/UFCG/CFP. Trabalhou no HUIB/UFCG/EBSERH como Gerente de Atenção à Saúde entre agosto/2016 e setembro/2021. E-mail: edineide.nunes@professor.ufcg.edu.br

JOSÉ FERREIRA LIMA JÚNIOR: Cirurgião-dentista, mestre em Odontologia Preventiva e Social, especialista em Saúde Coletiva e Formação de Professores para o Ensino Superior. Professor da Unidade Acadêmica da Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras da Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Formação de Professores, Campus de Cajazeiras-PB – UAESTC/UFCG/CFP. Trabalhou no HUIB/UFCG/EBSERH como Gerente de Ensino e Pesquisa entre agosto/2018 e fevereiro/2021. E-mail: jose.lima@professor.ufcg.edu.br

MARIA MÔNICA PAULINO DO NASCIMENTO: Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva, especialista em Administração Hospitalar, em Educação, Desenvolvimento e Políticas Educativas e em Gestão de Hospitais Universitário Federais no SUS. Professora da Unidade Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Formação de Professores, campus de Cajazeiras-PB – UAENF/UFCG/CFP. Trabalhou no HUIB/UFCG como Diretora Geral entre novembro/2012 e maio/2016. Foi Superintendente do HUIB/UFCG/EBSERH no período de maio/2016 a abril/2021. E-mail: maria.paulino@ufcg.edu.br

WEMERSON NEVES MATIAS: Farmacêutico Industrial, mestre e doutor pelo Programa de Produtos Naturais e Sintéticos Bioativos; especialista em Atendimento Multidisciplinar ao Paciente Oncológico; especialista em Docência do Ensino Superior. Trabalha no HUIB/UFCG/EBSERH como farmacêutico bioquímico. Atualmente é Chefe do Setor de Pesquisa e Inovação Tecnológica. Email: wemerson.mattias@ebserh.gov.br

.....

SOBRE OS AUTORES

.....

ALANE ROLIM MOREIRA: Farmacêutica Bioquímica. HUIB/UFCG/EBSERH Email: alane.moreira@ebserh.gov.br

ALEXANDRA VIEIRA BATISTA: Chefe da Divisão de Gestão de Pessoas do HUIB/UFCG/EBSERH. E-mail: professoraalex@gmail.com

AMÉRICO ALEXANDRE DE ASSIS FILHO: Farmacêutico bioquímico, HUIB/UFCG/EBSERH. E-mail: americo.assis@ebserh.gov.br

ANTONIO LUIULO ALVES MENDES: Técnico em análises clínicas, HUIB/UFCG/EBSERH. E-mail: antonio.luiulo@ebserh.gov.br

CÉLIO DA ROCHA BONFIM: Enfermeiro, HUIB/UFCG/EBSERH. E-mail: celio.bonfim@ebserh.gov.br

DANDARA LUI CARDOSO DE OLIVEIRA: Graduada em Ciências Contábeis, UFCG. E-mail: dandy.luao3@gmail.com

DAVID LOPES DE OLIVEIRA: Analista de tecnologia da informação, Chefe do setor de Gestão e Tecnologia da Informação do HUIB/UFCG/EBSERH. E-mail: david.lopes@ebserh.gov.br

EDINEIDE NUNES DA SILVA: Enfermeira, Profa. Me. UFCG, Ex-Gerente de Atenção à Saúde do HUIB/UFCG/EBSERH. E-mail: edineide.nunes@professor.ufcg.edu.br

ELIANE DE SOUSA LEITE: Servidora UFCG. Doutora em Enfermagem. Ex-Chefe do Setor de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - SADT/HUIB/UFCG/EBSERH. E-mail: eliane.sousa@ufcg.edu.br

ESTHER DIAS PEDROSA: Enfermeira, UFCG. E-mail: estherdiaspedroza@gmail.com

FRANCISCO ALEXANDRE SARAIVA JÚNIOR: Técnico em análises clínicas HUIB/UFCG/EBSERH. E-mail: francisco.saraiva@ebserh.gov.br

GEOFABIO SUCUPIRA CASIMIRO: Prof. Me. UFCG. E-mail: gscasimiro@bol.com.br

GEOVANNYA IRAN DE SANTANA ANDRADE: Enfermeira, UFCG. E-mail: giovanira_iran13@hotmail.com

GILCLÉSSIA CONCEIÇÃO DA SILVA: Ex-Assistente social do HUIB/UFCG/EBSERH. E-mail: gilclessia@hotmail.com

GILIARA CAROL DINIZ GOMES DE LUNA: Profa. Dra. UFCG. E-mail: giliaraluna@gmail.com

GLÉRISTON DE MOURA GOMES: Farmacêutico Bioquímico HUIB/UFCG/EBSERH. E-mail: gleriston.gomes@ebserh.gov.br

HAMYLLA HAIANNY ARAÚJO SILVA: Técnica em contabilidade do HUIB/UFCG/EBSERH, E-mail: hamylla.silva@ebserh.gov.br

JANAYNA RODRIGUES DE MORAES LUZ: Profa. Me. UEPB. E-mail: janarodrigluz@ig.com.br

JEANE CLEIDE OLIVEIRA DE AQUINO SARMENTO: Farmacêutica bioquímica, UAD/HUIB/UFCG/EBSERH. E-mail: jeane.aquino@ebserh.gov.br

JOSÉ ELITON PEREIRA: Nutricionista do HUIB/UFCG/EBSERH. E-mail: jose.eliton@ebserh.gov.br

JOSÉ FERREIRA LIMA JÚNIOR: Prof. Dr. UFCG, ex-Gerente de Ensino e Pesquisa do HUIB/UFCG/EBSERH. E-mail: jose.lima@professor.ufcg.edu.br

KEILA MARGARIDA DO MONTE MOURA DE BRITTO: Assistente social do HUOL/UFRN/EBSERH. E-mail: Keila.britto@ebserh.gov.br

KENNIA SIBELLY MARQUES DE ABRANTES: Enfermeira, Profa. Dra. UFCG. E-mail: kennia.sibelly@professor.ufcg.edu.br

KILDERY MARQUES DE ABRANTES: Médico e Farmacêutico. E-mail: kilderyabrantess@hotmail.com

LORENA CARLA CARDOSO SILVA: Psicóloga hospitalar do HUIB/UFCG/EBSERH. E-mail: lorena.cardoso@ebserh.gov.br

LÚCIA SILVA ALBUQUERQUE DE MELO: Profa. Me. UFCG. E-mail: luciasalbuquerque@gmail.com

MARINA COSTA DE ALBUQUERQUE OLIVEIRA: Fisioterapeuta HUIB/
UFCG/EBSERH E-mail: marina.costa@ebserh.gov.br

NAYARA COSTA CAVALCANTE: Farmacêutica. HU UFS/UFS/EBSERH.
Email: nayara.cavalcante@ebserh.gov.br

RENATA LAYNE PAIXÃO VIEIRA: Nutricionista do HUIB/UFCG/EB-
SERH. E-mail: renata.vieira@ebserh.gov.br

ROZANE PEREIRA DE SOUSA: Enfermeira pela UFCG. Mestre. E-mail:
enfermeirarozane@gmail.com

TALITA MENDES DE OLIVEIRA: Farmacêutica, HUAC/UFCG/EBSERH.
UFPB. Email: talita.mendes@ebserh.gov.br

TAYRINE MATIAS DE PAULA: Psicóloga organizacional do HUIB/UFCG/
EBSERH. E-mail: tayrine.paula@ebserh.gov.br

TEREZA LOURENÇA MATIAS DE ARAÚJO: Enfermeira Chefe do Setor
de Regulação e Avaliação em Saúde, HUIB/UFCG/EBSERH. E-mail: te-
reza.araujo@ebserh.gov.br

WEMERSON NEVES MATIAS: Farmacêutico PhD. HUIB/UFCG/EBSERH.
Email: wemerson.matias@ebserh.gov.br

Formato	<i>15x21 cm</i>
Tipologia	<i>Alegreya</i>
Nº de Pág.	<i>198</i>

Editora da Universidade Federal de Campina Grande- EDUFCG

