



**Editora
Unesp**



SABERES CIENTÍFICOS: **Saúde e Gestão Hospitalar**

SHIRLEY ANTAS DE LIMA
YSA HELENA DINIZ MORAIS DE LUNA
ELIANE ALVES DE MELO
JAIZE COSTA DO NASCIMENTO
(ORGANIZADORES)

ISBN: 978-65-5825-167-5

SABERES CIENTÍFICOS: SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR

**Shirley Antas De Lima
Ysa Helena Diniz Moraes De Luna
Eliane Alves De Melo
Jaize Costa do Nascimento
(Organizadores)**

Centro Universitário - UNIESP

Cabedelo - PB
2023



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNESP

Reitora

Érika Marques de Almeida Lima

Pró-Reitora Acadêmica

Iany Cavalcanti da Silva Barros

Editor-chefe

Cícero de Sousa Lacerda

Editores assistentes

Márcia de Albuquerque Alves
Josemary Marcionila F. R. de C. Rocha

Editora-técnica

Elaine Cristina de Brito Moreira

Corpo Editorial

Ana Margareth Sarmiento - Estética
Anneliese Heyden Cabral de Lira - Arquitetura
Arlindo Monteiro de Carvalho Júnior - Medicina
Aristides Medeiros Leite - Medicina
Carlos Fernando de Mello Júnior - Medicina
Daniel Vitor da Silveira da Costa - Publicidade e Propaganda
Érika Lira de Oliveira - Odontologia
Ivanildo Félix da Silva Júnior - Pedagogia
Patrícia Tavares de Lima - Enfermagem
Marcel Silva Luz - Direito
Juliana da Nóbrega Carreiro - Farmácia
Larissa Nascimento dos Santos - Design de Interiores
Luciano de Santana Medeiros - Administração
Marcelo Fernandes de Sousa - Computação
Thyago Henriques de Oliveira Madruga Freire - Ciências Contábeis
Márcio de Lima Coutinho - Psicologia
Paula Fernanda Barbosa de Araújo - Medicina Veterinária
Giuseppe Cavalcanti de Vasconcelos - Engenharia
Rodrigo Wanderley de Sousa Cruz - Educação Física
Sandra Suely de Lima Costa Martins - Fisioterapia
Zianne Farias Barros Barbosa - Nutrição

Copyright©2023 - Editora UNIESP

É proibida a reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio. A violação dos direitos autorais (Lei nº 9.610/1998) é crime estabelecido no artigo 184 do Código Penal.

O conteúdo desta publicação é de inteira responsabilidade do(os) autor(es).

Designer Gráfico:
Márcia de Albuquerque Alves

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca Padre Joaquim Colaço Dourado (UNIESP)

S115 Saberes científicos: saúde e gestão hospitalar [recurso eletrônico] / Organizadores, Shirley Antas de Lima, Ysa Helena Diniz Moraes de Luna, Eliane Alves de Melo, Jaize Costa do Nascimento. – Cabedelo, PB: Editora UNIESP, 2023.

166 p. ; il. : color.

Tipo de Suporte: E-book
ISBN: 978-65-5825-167-5

1. Produção científica – Saúde. 2. Produção científica – Gestão Hospitalar. 3. Saberes científicos – Conhecimento. I. Título. II. Lima, Shirley Antas de. III. Luna, Ysa Helena Diniz Moraes de. IV. Melo, Eliane Alves de.

CDU : 614.2:005

Bibliotecária: Elaine Cristina de Brito Moreira – CRB-15/053

Editora UNIESP
Rodovia BR 230, Km 14, s/n,
Bloco Central - 2 andar - COOPERE
Morada Nova - Cabedelo - Paraíba
CEP: 58109-303

SUMÁRIO

BIOSSEGURANÇA E GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇO DE SAÚDE EM UMA CLÍNICA DE ESTÉTICA: UM ESTUDO DE CASO	06
GESTÃO DA QUALIDADE NO TRATAMENTO DE PACIENTES NO SERVIÇO DE HEMODIÁLISE	23
A SÍNDROME DE BURNOUT EM PROFISSIONAIS DA SAÚDE	37
GESTÃO DOS RESÍDUOS SÓLIDOS NA ODONTOLOGIA SUA DESTINAÇÃO: Uma revisão bibliográfica	47
A IMPORTÂNCIA DA HUMANIZAÇÃO NA ATUAÇÃO DO GESTOR HOSPITALAR	55
A IMPORTÂNCIA DA HUMANIZAÇÃO, AMBIENTAÇÃO E DA LUDOTERAPIA NO PROCESSO RECUPERAÇÃO INFANTIL	63
HUMANIZAÇÃO: UMA ANÁLISE SOBRE A POSTURA PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO NO CENTRO CIRÚRGICO	77
O USO DA TECNOLOGIA NO ATENDIMENTO AO PACIENTE NAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE⁷⁹	88
A IMPORTÂNCIA DA GESTÃO DE RESÍDUOS SÓLIDOS DE SERVIÇO DE SAÚDE E SEUS IMPACTOS NO MEIO AMBIENTE	96
DIFICULDADES ENFRENTADAS NA GESTÃO PÚBLICA HOSPITALAR:	110
A IMPORTÂNCIA DO SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA NAS UNIDADES HOSPITALARES	122
O PAPEL DO GESTOR NO CONTROLE DAS INFECÇÕES HOSPITALARES	142
A IMPORTÂNCIA DOS INDICADORES DE QUALIDADE HOSPITALAR	153

APRESENTAÇÃO

Caro leitor,

É com grande satisfação que apresentamos este livro sobre Saúde e Gestão Hospitalar. O objetivo deste trabalho é oferecer, aos profissionais das áreas, um conjunto de conhecimentos e experiências adquiridas ao longo dos anos de trabalho junto aos discentes, a fim de contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços prestados por profissionais, hospitais e clínicas de nossa sociedade.

Devido a crescente demanda por serviços de saúde com qualidade, a gestão na rede hospitalar tem se tornado cada vez mais complexa e desafiadora, exigindo dos profissionais da área uma visão cada vez mais ampla e integrada nos processos envolvidos com o bom atendimento ao paciente e com o enfrentamentos de uma série de problemas decorrentes da adoção de modalidades alternativas de gestão nos locais de atendimento. Assim, ao longo dos capítulos, os leitores são apresentados a uma ampla variedade de tópicos, desde a organização dos sistema de saúde até as melhores práticas para a gestão de equipes hospitalares. E, durante a leitura se deparam com uma abordagem crítica e reflexiva adotada pelos diversos autores em relação aos desafios e às oportunidades enfrentadas pela saúde e, em particular, pela gestão de um hospital nos dias atuais. Dessa forma, os leitores encontram uma linguagem didática e acessível adotada, o que torna a leitura fácil e agradável sobre temas como: Qualidade nos serviços prestados, Gerenciamento de risco, entre outros relevantes para a prática dos serviços prestados.

Em resumo, este livro é uma referência indispensável para todos os profissionais que buscam se manter atualizados e informados sobre as melhores práticas em saúde e em gestão hospitalar, além de trazer uma grande contribuição às discussões e aos diálogos sobre planejamento e gestão em saúde uma vez que, a gestão hospitalar eficiente, permite que todos os processos continuem acontecendo sem interrupções e apresentem resultados visíveis, como diagnósticos precisos, faturamento positivo e pacientes satisfeitos.

Parabenizo a todos os autores pelo excelente trabalho e recomendo esta obra a todos os interessados nos temas aqui propostos.

ELIANE ALVES DE MELO

**BIOSSEGURANÇA E GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇO DE SAÚDE EM
UMA CLÍNICA DE ESTÉTICA: UM ESTUDO DE CASO**

Lessandra da Silva Queiroz
Ysa Helena Diniz Morais de Luna
Christiane Patricia Ferraz Rabelo
Shirley Antas de Lima
Victor Viera de Melo Oliveira

INTRODUÇÃO

Hoje estamos vivendo em uma sociedade de consumo, na qual a beleza acabou tornando-se um produto de alto padrão para as pessoas. Juntamente, com as inovações tecnológicas, o discurso sobre modernidade e as ofensivas conservadoras, foram estratégias para se construir essa imposição de um padrão de beleza, ou seja, a busca pelo belo (MARTINS et al., 2016). O Brasil é o terceiro maior mercado de beleza, perdendo apenas para os Estados Unidos e o Japão, de acordo com as informações da Associação Brasileira da Indústria de Higiene Pessoal, Perfumaria e Cosméticos - ABIHPEC (2017).

No Brasil, os cuidados com a segurança do trabalho, a biossegurança e o gerenciamento dos resíduos sólidos são estabelecidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA), Ministério da Saúde (MS) e Ministério do trabalho e emprego (MTE).

Os problemas existentes com a inadequação dos resíduos de serviço de saúde (RSS) são falhas que afetam a área da saúde. Observa-se a importância do cuidado, da proteção, da necessidade e de benefícios da implantação da biossegurança nos ambientes na área da saúde para ajudar na minimização dos riscos de infecções, e sua propagação no ambiente da saúde em geral.

Desse modo, essa pesquisa tem como objetivo descrever as práticas de biossegurança utilizadas no gerenciamento de resíduos do serviço de saúde gerado nos serviços de estética, desde sua produção até o seu descarte final, se preocupando com a proteção e saúde dos colaboradores, clientes e meio ambiente.

REFERENCIAL TEÓRICO

Com o aumento da preocupação com a beleza cresce a necessidade de se adotar medidas e regras na área de biossegurança e do gerenciamento dos resíduos, mostrando ações e prevenção a doenças no ambiente de trabalho. Na mesma proporção que se dá esse aumento, cresce também a necessidade de adoção de procedimentos e regulamentos, além de licenciamentos na área de biossegurança e gerenciamento de resíduos (ZAMONER, 2008).

Um conceito de biossegurança é:

Segundo a Fundação Oswaldo Cruz, [...] um conjunto de ações voltadas a prevenção, minimização ou eliminação de riscos inerentes nas atividades de pesquisa, produção, ensino, desenvolvimento tecnológico e prestação de serviços, que possam comprometer a saúde do homem, dos animais, das plantas e do meio ambiente e a qualidade no trabalho desenvolvido (TEXEIRA; VALLE, pág 12, 1996).

Nesse mesmo sentido, Nogueira (1996, apud LEÃO, 2019) afirma que a biossegurança deve ser alcançada por meio de estratégias comunicacionais adotadas pelos membros constituintes de um estabelecimento e por meio da sistematização de normas de boas práticas, renovando a instituição e obtendo uma gestão de qualidade na empresa.

Dentre os instrumentos normativos mais relevantes à temática podemos citar o CONAMA na Resolução nº 358 de 2005 (BRASIL, 2005), que dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos resíduos dos serviços de saúde (RSS) e dá outras providências. Esse órgão tem como seus princípios a biossegurança e o cuidado com a saúde e o meio ambiente, no propósito da sua proteção e preservação.

Por parte da ANVISA, a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 222 de 2018 (revoga RDC nº 306/2004) traz a regulamentação das Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências. Em seu art. 3º, define que o gerenciamento dos RSS é o conjunto de procedimentos de gestão, planejados e implementados a partir de bases científicas, técnicas, normativas e legais, com o objetivo de minimizar a geração de resíduos e proporcionar um encaminhamento seguro (BRASIL, 2018), em

locais adequados e licenciados pelo órgão ambiental e pela empresa prestadora do serviço de saúde desde a sua geração até sua disposição final.

A Portaria nº 3.214, de 1978, aprova as Normas Regulamentadoras (NR) da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas à Segurança e Medicina do Trabalho (BRASIL, 1978). O documento que regulamenta as regras da biossegurança na área da saúde é a NR 32 aprovada pela Portaria nº 485 de 2005, como guia técnico de riscos biológicos, que fala sobre a segurança e saúde no trabalho (BRASIL, 2005). Através da consciência e da postura profissional, indica medidas de segurança nos atendimentos, preservando a saúde do trabalhador e dos clientes. Uma vez que o campo da estética vem crescendo, se expandindo de maneira muito rápida, o profissional deve estar ciente da existência dos riscos físicos, químicos e biológicos inerentes nas atividades, [...] minimizando e adotando medidas de prevenção básica (BALSAMO; FELLI, 2006).

Dentre as demais NRs, destacam-se algumas outras relacionadas ao cumprimento com das obrigações de segurança do trabalho: NR 6 que trata de equipamentos de proteção individual complementada pela Portaria da Segurança de Inspeção do Trabalho (SIT) nº 292 de 2011 (BRASIL, 2011), que altera o Anexo I (Lista de Equipamentos de Proteção Individual) da NR6; a NR 9 abordando o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (BRASIL, 1994); e a NR 15 esclarecendo sobre os agentes biológicos e químicos (BRASIL, 1978).

Nesse contexto, os estabelecimentos geradores de RSS devem ser observados sobre a visão da biossegurança, pois neles ocorre grande risco de infecções. E, para evitar danos, é necessário que sejam realizados procedimentos de prevenção, precaução e controle das infecções, assim os aspectos de biossegurança estarão diretamente associados ao gerenciamento de resíduos de serviços de saúde (IPEA, 2012).

Piatti (2018) afirmou que no Brasil com o crescimento dos números de clínicas e profissionais autônomos, as ações preventivas acabaram se tornando falhas, abrindo caminho para a contaminação por agentes patogênicos deixando de ocorrer apenas no âmbito hospitalar de saúde e passando a existir nas clínicas de beleza e estética.

Segundo Felipe et al. (2019), representam-se, contudo, estas situações laborais riscos à saúde de trabalhadores e clientes, pois o contato direto com a

pele aumenta o risco ocupacional de acidente ou incidente com micro-organismos patogênicos, e ainda complementam que tornam-se indispensáveis, dessa forma, o conhecimento e a adesão acerca das recomendações dos cuidados de biossegurança em centros de embelezamento. Salienta-se que tal comportamento pode facilitar a disseminação de doenças entre clientes e profissionais, uma vez que é inevitável o contato físico e mais próximo por causa dos procedimentos aplicados nos serviços estéticos.

A implementação de padrões de biossegurança e gerenciamento de resíduos de serviços de saúde tem como função cuidar da segurança e a saúde no ambiente de trabalho protegendo contra os riscos biológicos, evitando acidentes aos profissionais, proporcionando salubridade para clientes e o cuidado com o meio ambiente.

MATERIAIS E MÉTODOS

Segundo Gil (2004), na metodologia são descritos todos os procedimentos desenvolvidos na pesquisa, identificando o conhecimento, as informações e soluções dos problemas inerentes.

Quanto à abordagem, este trabalho caracteriza-se como pesquisa qualitativa, por meio de um estudo de caso explicativo, para trazer conhecimento ao tema abordado. Também é considerado exploratório, baseado em coletas de dados a partir de experiência prática para que estimule a compreensão do tema.

Na elaboração do estudo foi escolhida uma clínica de estética em João Pessoa que está em funcionamento há 9 meses. A mesma conta com 02 Sócios, 01 Gerente, 04 Médicos, 02 Recepcionistas, e está há 2 anos no mercado em outros Estados. Segundo cálculo elaborado no sistema de agendamento da empresa, totaliza-se uma média de 400 clientes agendados, com cerca de 10 a 20% de remarcações, ao mês. Os procedimentos de Harmonização Facial oferecidos pela clínica estética em questão são: Botox, Preenchimento facial e labial (Ácido Hialurônico), Lipo Papada, *Skinbooster*, Tratamento com Melasma e Microagulhamentos, os quais são geradores de RSS.

Foi elaborada uma pesquisa bibliográfica, associada ao levantamento de dados, das normas de biossegurança e gerenciamento de resíduos e através

deste estudo de caso procedeu-se a observação e diagnóstico da atual situação do objeto pesquisado.

Sendo assim, o levantamento de informações ocorreu de modo semelhante à metodologia do estudo de Zamoner (2008), que teve como objetivo analisar a importância em se adotar as medidas e regras da biossegurança e gerenciamento dos resíduos gerados em cada setor. Tais informações foram levantadas segundo as normas vigentes quanto à classificação de riscos biológicos, às etapas do gerenciamento de resíduos (segregação, acondicionamento, identificação, transporte, armazenamento, coleta e destino final), quanto ao comportamento e segurança do trabalhador, e seus cuidados na proteção adequada.

A coleta de informações ocorreu através da ferramenta *checklist*, autorizada pelos proprietários do estabelecimento que concordaram com a participação na pesquisa. Foi realizada uma visita *in loco* com a finalidade de verificar a forma que a clínica de estética efetua o gerenciamento RSS após os procedimentos realizados, tendo consciência dos perigos que as atividades apresentam. Também foram efetuados registros fotográficos.

Após as coletas de informações, os resultados foram analisados e comparados com a resolução da ANVISA/RDC n° 222/2018 e NR 6 que trata de equipamentos de proteção individual (complementada pela Portaria SIT n° 292 de 2011 que altera o Anexo I da NR 6).

RESULTADOS

Realizou-se a visita em uma clínica de estética no dia 03 de maio de 2021, localizada dentro de um *Shopping Center*. O proprietário do estabelecimento acompanhou a visita, fornecendo as informações solicitadas através de um *checklist*, e naquele momento foram efetuados registros fotográficos para a avaliação da conduta de biossegurança e resíduos sólidos do empreendimento.

Verificou-se a presença de pias e bancadas (Figura 1), que são utilizadas pelos profissionais para a assepsia das mãos e nas quais é realizada limpeza e sanitização diariamente. Nas salas de atendimento, após o término do

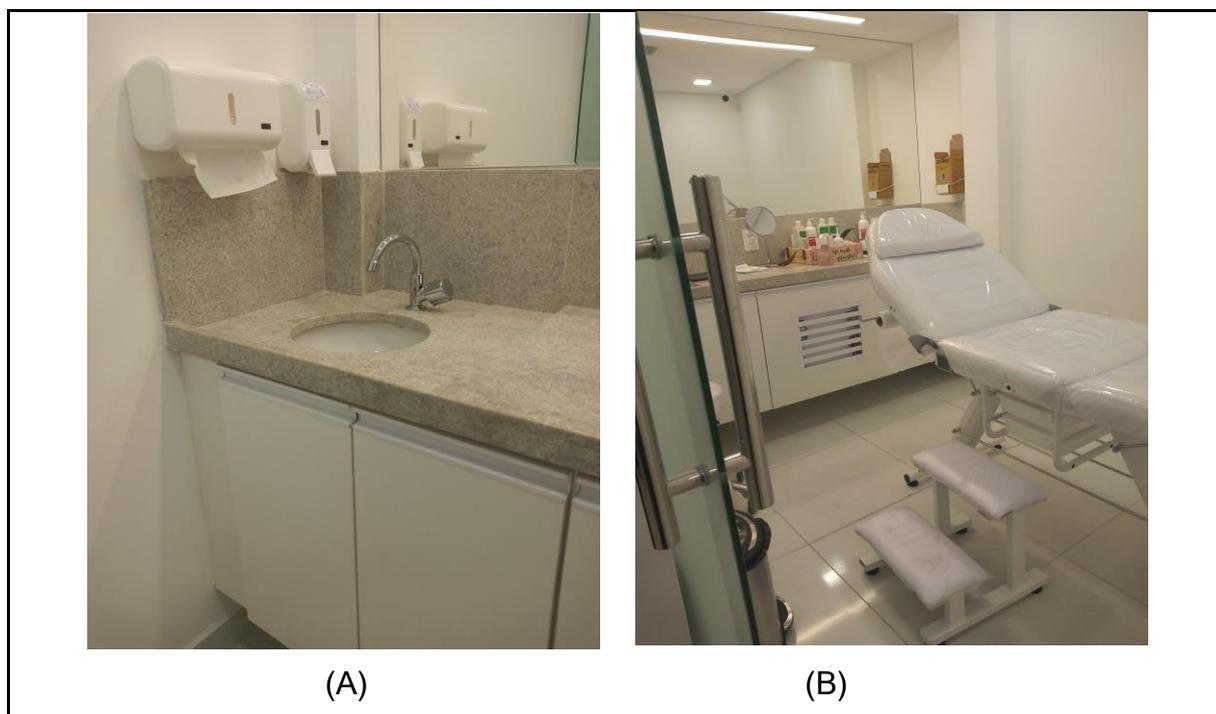
trabalho realizado com cada cliente é realizada a assepsia utilizando-se com álcool 70% em toda superfície de bancadas e macas, coloca-se um revestimento/lençol de TNT e lençol de papel, o qual torna-se uma barreira física maior a fim de evitar contaminações. Realiza-se a limpeza do local no intervalo entre os atendimentos e ao final do expediente.

Observou-se o uso de pias próximo das áreas de atendimentos com papel toalha, sabão líquido e álcool em gel para higienização das mãos a cada procedimento, de acordo com a RDC nº 42, de 2010 que dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos, pelos serviços de saúde. Nesse sentido, segundo Teixeira e Valle (1996), a prevenção à saúde deve ser frequente, a fim de minimizar e eliminar riscos que possam comprometer a saúde dos clientes e dos profissionais, portanto a aplicação dos conceitos de biossegurança torna-se fundamental para assegurar qualidade em todos os serviços nas clínicas de estéticas.

Sabemos que na área da estética os riscos de contaminações exigem o uso correto dos EPIs. Foi verificado que os funcionários fazem o uso adequado dos equipamentos, como mostra a figura 2. Esses acessórios são essenciais para a proteção dos clientes e profissionais contra riscos e ameaças à segurança e à saúde no trabalho, de acordo com a NR 6. Observou-se a ausência no uso dos óculos de proteção, por ser utilizado materiais para a segurança nos procedimentos tanto dos clientes quanto dos funcionários. No estudo de Cardoso (2014) foi verificado que os

profissionais dos salões de beleza de Juazeiro do Norte/CE, possuem baixa adesão às normas de biossegurança em procedimentos, desinfecção, esterilização e utilização de EPIs.

Figura 1. Barreiras de proteção e biossegurança: Pias, papel e sabão líquido (A), ambiente asséptico (B).



Fonte: Próprio autor, 2021.

Figura 2. Uso do equipamento de proteção individual durante o procedimento.



Fonte: Próprio autor, 2021.

Com relação ao gerenciamento dos RSS, nessa pesquisa foi observado que está em conformidade com a RDC n° 222/2018 com a identificação correta dos sacos e lixeiras acondicionadoras, com fácil visualização de símbolos e cores de acordo com a NBR n° 9190 (ABNT, 1993) e n° 9191/2000 (ABNT, 2008), para os grupos A, D e E, respeitando os limites de peso de acordo com a RDC n° 306/2004 (BRASIL, 2004), não existindo o reaproveitamento dos sacos, como mostra a Figura 3.

Soares e Rodriguez (2016) relatam que a falta de conhecimento das normas ambientais por parte dos profissionais da área faz com que a segregação seja equivocada, causando prejuízo ao meio ambiente e ao próprio empresário. Por isso, deve haver preocupação constante do gestor hospitalar para que a segregação seja efetuada continuamente de forma assertiva.

Figura 3. Acondicionamento dos RSS: Lixeiras (A) e Sacos (B) acondicionadores dos grupos A e D.



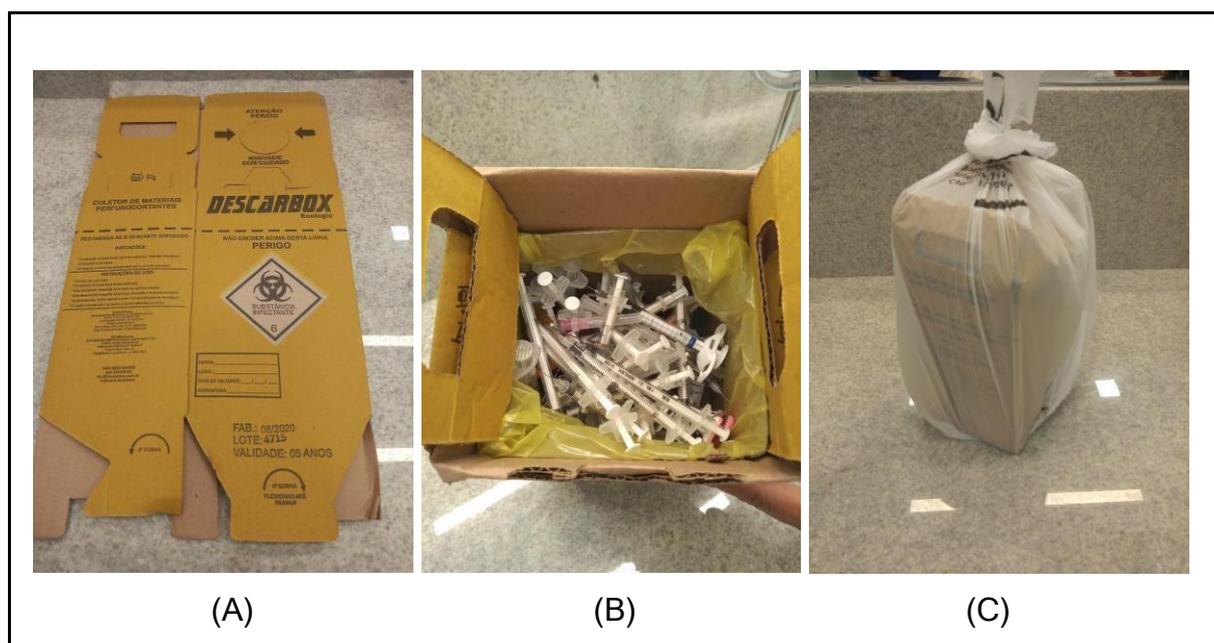
Fonte: Próprio autor, 2021.

Observou-se durante a visita, o fechamento da caixa Descarpack (grupo E) que encontrava-se cheia no momento do seu acondicionamento, como mostra a Figura 4. Este tipo de recipiente, ao atingir a marca tracejada da caixa (respeitando o limite de 5 cm abaixo do bocal) de acordo com a NBR n° 13853/2018 (ABNT, 2018), deve ser fechado e identificado, com o

preenchimento no campo "Descrição" de qual o material descartado, assina "resíduo seco", que serão armazenados em local protegido até o recolhimento para tratamento e destinação final.

Quanto ao local para esterilização, o empreendimento conta com um ambiente físico destinado a esta finalidade (não utilizado), com porta de vidro, como exigido pela Vigilância Sanitária de acordo com a Lei 12.592/2012 (BRASIL, 2012) e da Resolução RDC nº 15/2012 (BRASIL, 2012), como mostra a figura 5. Este setor não contém estufa e nem autoclave pois há apenas o uso de produtos descartáveis nos procedimentos.

Figura 4. Modelo da caixa descartpack (A) Caixa descartpack cheia na marca tracejada (B) Caixa para recolhimento final (C)



Fonte: Próprio autor, 2021.

Figura 5. Sala de esterilização (não utilizada).



Fonte: Próprio autor, 2021.

A coleta geral dos resíduos (dos tipos comum e RSS) é realizada por funcionária da clínica (assistente de dentista), que durante a visita, segundo foi informado através de colegas de trabalho que a mesma tem o conhecimento das normas. Sempre executa as atividades na clínica adequadamente ao término do expediente. Os resíduos são depositados separadamente de acordo com o tipo E do lado de fora da clínica, junto à porta. A partir deste momento, as atividades de gerenciamento dos RSS (coleta externa, armazenamento externo, transporte e destinação final) são executadas por funcionários designados para tal e sob direcionamento do *shopping center*.

Os resíduos do grupo A e D são coletados separadamente e encaminhados após o funcionamento do estabelecimento para o armazenamento externo mediante a utilização de recipientes com rodas (carrinhos).

Não foi possível observar o processo de coleta e transporte externos por conta do horário das coletas que são realizadas no horário após o expediente.

Assim, não foi verificado se há a utilização de recipientes coletores com identificação, material adequado e de rodinhas, conforme preconiza a RDC nº 222/2018.

Verificou-se que o abrigo externo está localizado em um ponto reservado no estacionamento do Shopping Center, divididos em dois abrigos: o de lixo hospitalar e o lixo comum, com chaves de acesso dos locais. Observou-se que o abrigo tem a identificação na porta como mostra a figura 6, e que o abrigo se encontra em conformidade com a NBR 12.809/93 (ABNT, 1993) e a RDC ANVISA nº. 222/2018, obedecendo às seguintes especificações: Fácil acesso do transporte interno e veículos de coleta; em alvenaria, construído com piso, paredes e teto de material resistente e lavável de fácil higienização com abertura e ventilação e com tela de proteção contra acesso de vetores, possuindo porta de abertura para fora, superfície plana, antiderrapante e rampa com inclinação ponto de saída de água, para a limpeza das bombonas e higienização do local. Observa-se uma pequena parede sem revestimento cerâmico que encontrava-se em forma de acabamento.

Figura 6. Abrigo externo de RSS. Identificação da porta de abrigo dos RSS (A); Estrutura interna do abrigo de RSS (B). Ponto de saída de água (C)



Fonte: Próprio autor, 2021.

Foi observado que havia 3 recipientes (bombonas) de 200 litros e todos

os sacos contendo resíduos do grupo A e E encontravam-se dentro dos recipientes, devidamente identificados e fechados. Tal fato está em conformidade com o exigido na NBR 7500/2017 da ABNT (2004); e da RDC 222/2018, artigo 27. No entanto, percebeu-se uma quantidade maior de sacolas em uma das bombonas, excedendo o limite máximo indicado como mostra a figura 7. Deve-se ter atenção na identificação e ocupação das bombonas, evitando ultrapassar a quantidade sinalizada, e minimizar o possível risco de acidentes.

Figura 7. Recipientes de acondicionamento de RSS presentes no abrigo externo (bombonas).

Bombona fechada (A); Sacos de RSS acima do limite máximo da bombona (B).



Fonte: Próprio autor, 2021.

Ressalta-se algumas dificuldades encontradas para a obtenção das informações por parte dos responsáveis do *Shopping Center* no acesso ao abrigo de resíduos sólidos, principalmente na hora da visita *in loco* e verificação. Houve necessidade da participação do proprietário da clínica de estética, para

obter o acesso aos locais e informações de como era realizado o manejo de gerenciamento adequado dos resíduos, resultando nos dados coletados.

Com relação ao transporte, tratamento e destinação final, foi informado que a empresa terceirizada que realiza semanalmente coleta, o transporte e a destinação final dos RSS, (Empresa WASTE) apresenta o licenciamento ambiental em dia. Silva et al. (2017), estudaram um salão de beleza na cidade de Porto Alegre, verificaram que apenas 20% dos salões possuem contrato com empresas terceirizadas para destinar os resíduos gerados, enquanto 80% destinam-se para coleta pública e outros. Observaram uma alta desconformidade com o PGRSS, não dispondo de empresa especializada para fazer a coleta.

Foi possível observar, no presente estudo, o controle e o cuidado com a biossegurança e com os RSS. No entanto, o proprietário da Clínica de Estética informou não possuir o PGRS do estabelecimento, alegando que é realizado o serviço através do *Shopping Center* e que está na obrigatoriedade do processo. Segundo Macedo (2013, apud NEGREIROS, 2019), a gestão dos RSS é responsabilidade de seus geradores, e o gerenciamento dos resíduos deve acontecer de maneira integrada entre os geradores, as autoridades sanitárias e ambientais.

Neste contexto, para adequar a clínica de estética estudada à obrigatoriedade do PGRSS como disposto na Lei 12.305/2010 (BRASIL, 2010), caberia a elaboração de um Plano de Gerenciamento de RSS Simplificado, que garantirá a segurança do profissional diante a produção do resíduo até o seu destino final. O profissional responsável pela elaboração do PGRSS deve seguir a legislação e em sua elaboração exigir uma análise qualitativa e quantitativa de cada resíduo gerado organizado de forma correta e considerando sua destinação final e o tipo de resíduo.

CONCLUSÃO

Essa pesquisa teve como objetivo contribuir com a temática de gestão de resíduos sólidos e da prática de biossegurança na estética demonstrando a importância do tema para analisar os riscos à saúde humana.

Quanto ao método utilizado (*check-list* e visita *in loco*), foi considerado satisfatório pois, com base nas informações coletadas na investigação de campo, verificou-se as condições físicas da clínica, conheceu-se como era realizado o serviço diário dentro do estabelecimento nas questões referentes à limpeza e higiene dos espaços, bem como do serviço de gerenciamento dos RSS ali gerados.

Como resultados da pesquisa, ressalta-se que as práticas de biossegurança estavam adequadas à atividade, e os RSS foram tratados adequadamente em todas as etapas do gerenciamento que ocorriam sob responsabilidade da clínica de estética, e também do Shopping Center no qual ela se insere.

As situações observadas encontram-se em conformidade com os requisitos normativos vigentes em quase sua totalidade, ficando em desconformidade apenas pela ausência do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde por parte da Clínica de estética estudada.

É importante verificar as práticas adotadas nas atividades da clínica de estética estudada, de modo a evitar falhas no gerenciamento dos RSS, o que traz boas perspectivas na redução dos acidentes e infecções, tanto para os clientes quanto para os profissionais.

Através dessa pesquisa espera-se que futuros projetos sejam desenvolvidos na estética como fonte de bibliografia e com o incentivo a continuidade desta pesquisa. Isso fornece aos profissionais informações sobre boas práticas de biossegurança e gerenciamento de resíduos, melhorando o serviço prestado e contribuindo para a sustentabilidade e o meio ambiente.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DA INDÚSTRIA DE HIGIENE PESSOAL, PERFUMARIA E COSMÉTICOS - ABIHPEC. Mercado brasileiro de HPPC: quarta posição mundial com sensação de terceira, em 2017. Disponível em: <<https://abihpec.org.br/2017/02/mercado-brasileiro-de-hppc-quarta-posicao-mundial-com-sensacao-de-terceira/>>. Acesso em 03 jan. 2021.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). NBR 13.853:Recipientes para resíduos de serviços de saúde perfurantes ou cortantes -

requisitos e métodos de ensaio. Rio de Janeiro: ABNT, 2018.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). NBR 7.500:Identificação para o transporte terrestre, manuseio, movimentação e armazenamento de produtos. Rio de Janeiro: ABNT, 2004.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). NBR 9.190: Sacosplásticos para acondicionamento de lixo. Rio de Janeiro: ABNT, 1993.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). NBR 9.191:Sacosplásticos para acondicionamento de lixo - Requisitos e métodos de ensaio. Rio de Janeiro: ABNT, 2008.

BALSAMO, A.C.; FELLI, V. E. A. Estudo sobre os acidentes de trabalho com exposição aos líquidos corporais humanos em trabalhadores da saúde de um hospital universitário. **Revista Latino- Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, p.346-53, 2006

BRASIL, Lei nº 12.592, de 18 de janeiro de 2012. Dispõe sobre o exercício das atividades profissionais de Cabeleireiro, Barbeiro, Esteticista, Manicure, Pedicure, Depilador e Maquiador. Diário oficial da União, 2012. disponível em:<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12592.htm> Acesso em 03 jan. 2021.

BRASIL, Lei 12.305 de 02 de agosto de 2010. Institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos; altera a Lei no 9.605, de 12 de fevereiro de 1998; e dá outras providências, Brasília, DF, 2 ago. 2010. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12305.htm> Acesso em 03 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Anvisa. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC N° 222, de 28 de março de 2018. Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviço e dá outras providências, 2018. Disponível em:<http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/3427425/RDC_222_2018.pdf/c5d3081d-b331-4626-8448-c9aa426ec410>. Acesso em 03 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Anvisa. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC N° 15, DE 15 DE MARÇO DE 2012. Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências, 2012. Disponível em:<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0015_15_03_2012.html> Acesso em 03 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da saúde. Anvisa. RESOLUÇÃO RDC N° 306, DE 7 DE DEZEMBRO DE 2004. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde, 2004. Disponível em:<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2004/res0306_07_12_2004.html> Acesso em: 03 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da saúde. Anvisa. RESOLUÇÃO-RDC N° 42, DE 25 DE OUTUBRO DE 2010. Dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos, pelos serviços de saúde do País, e dá outras providências. 2010. Disponível

em:<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0042_25_10_2010.html> Acesso em: 03 jan. 2021.

BRASIL. Ministério do Meio Ambiente. RESOLUÇÃO CONAMA n° 358, de 29 de abril de 2005. Dispõe sobre o tratamento e a destinação final dos resíduos dos serviços de saúde, 2005. Disponível em:<<http://www2.mma.gov.br/portconama/legiabre.cfm?codlegi=462>>. Acesso em: 03 jan. 2021.

BRASIL. Ministério do Trabalho e do Emprego. Portaria n° 3.214, de 08 de junho de 1978. Aprova as Normas Regulamentadoras - NR - do Capítulo V do Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas à Segurança e Medicina do Trabalho (1978). Disponível em: <<http://www.ctpconsultoria.com.br/pdf/Portaria-3214-de-08-06-1978.pdf>>. Acesso em: 05 fev. 2021.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria n° 485, de 11 de novembro de 2005. Aprova a norma regulamentadora NR 32 - Segurança e saúde no trabalho em estabelecimentos de saúde. Brasília (DF); 2005. Disponível em:<<https://www.gov.br/trabalho/pt-br/inspecao/seguranca-e-saude-no-trabalho/normas-regulamentadoras/nr-32.pdf/view>> . Acesso em: 05 fev. 2021.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. PORTARIA DA SECRETARIA DE INSPEÇÃO DO TRABALHO - SIT N° 292 DE 08 de dezembro de 2011. Altera o Anexo I (Lista de Equipamentos de Proteção Individual) da Norma Regulamentadora n° 06 (Equipamento de Proteção Individual). Brasília (DF), 2011. Disponível em:<<https://www.normasbrasil.com.br/norma/?id=232020>> Acesso em: 05 fev. 2021.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. PORTARIA N.º 25, DE 29 DE DEZEMBRO DE 1994. Aprovar o texto da Norma Regulamentadora n.º 9 - Riscos Ambientais. Brasília (DF), 1994. Disponível em:<http://acesso.mte.gov.br/data/files/FF8080812BE914E6012BEA44A24704C6/p_19941229_25.pdf> Acesso em: 05 fev. 2021.

CARDOSO, E. N. FIGUEREDO, F. G. Adesão dos profissionais às normas de biossegurança aplicadas aos procedimentos de manicure e pedicure em Juazeiro do Norte/CE. **Arq. Ciência. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 18, n. 3, p. 157-161, set/dez. 2014.

FELIPE, I. M. A.; SILVA, F. de M. A. M.; BASSI, D.; CARVALHO, A. C.; NUNES, S. P.H.; DIAS, R. da S. Biossegurança em centros de embelezamento: estrutura e processamento de materiais. **Revista de enfermagem. UFPE on line**; 13: (1-10),2019. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-1046053>> Acesso em 05 fev. 2021.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. In: SANTOS, H. H. Manual prático para elaboração de projetos, monografias, dissertações e teses na área de saúde. João Pessoa UFPB, Editora Universitária, p. 19 a 253. 2004.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA - IPEA. Diagnóstico dos Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde: Relatório de Pesquisa. Brasília: IPEA,

2012. Disponível em:

<http://ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/relatoriopesquisa/120806_relatorio_residuos-solidos.pdf> Acesso em: 05 fev. 2021.

LEÃO, O. S. **Estética e Biossegurança**: Aspectos ligados à segurança e ao gerenciamento de resíduos de serviços de saúde em estabelecimentos estéticos. Dissertação (Mestrado) Universidade do Vale do Taquari (Univates), Lajeado, Rio Grande do Sul, 2019.

MARTINS, A. F. C.; CAROLINO, E. F.; MELLO, R. A.; SANTOS, D. F.

Biossegurança e Gestão de Resíduos de Salões de Beleza - Uma Contribuição para a Biotecnologia. Trabalho de Conclusão de Curso - Curso de tecnologia em Bioprocessos e Biotecnologia da Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba, 2016. Disponível em: <<https://tcconline.utp.br/media/tcc/2016/10/BIOSSEGURANCA-E-GESTAODE-RESIDUOS.pdf>> Acesso em 03 jan. 2021.

NEGREIROS, R. V.; ARAÚJO, F. N. F.; SILVA, V. F. ; SOUZA, P. M. Gerenciamento de resíduos sólidos de saúde em hospital universitário do Nordeste brasileiro (management of solid waste health in a university hospital in Northeast Brazil). **Revista Brasileira de Geografia Física**, v. 12, n. 1, p. 239-251, 2019.

PIATTI, I. Biossegurança e controle microbiótico na estética. Momento da estética, 30 jan. 2018. Disponível em: <<http://www.momentodaestetica.com.br/biosseguranca-e-controle-microbiologico-na-estetica/>> Acesso em: 03 jan. 2021.

SILVA, A. S.; VALIATTI, T. B.; BARCELOS, I. B. Verificação da prática de biossegurança por manicure/pedicuros em salões de beleza localizados no município de JI- Paraná/RO. RIES, **Caçador**, v. 6, n. 1, p. 39-49, 2017.

SOARES; V. D. M.; RODRIGUES, M. S. Plano de gestão de resíduos sólidos em um salão de beleza. Scientia Tec: **Revista de Educação, Ciências e Tecnologia do IFRS - Campus Porto Alegre**, v. 3, n. 2, p. 3 - 24, 2016.

TEIXEIRA, P; VALLE, S. **Biossegurança: uma abordagem multidisciplinar**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

ZAMONER, M. Modelo para avaliação de planos de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde (PGRSS) para Secretarias Municipais da Saúde e/ou do Meio Ambiente. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n.6, p. 1945-1952, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000600030>.

GESTÃO DA QUALIDADE NO TRATAMENTO DE PACIENTES NO SERVIÇO DE HEMODIÁLISE

Christiane Silva Santo
José Messias da Silva Silvino
Shirley Antas de Lima
Victor Viera de Melo Oliveira
Eliane Alves de Melo
Jurandy de Andrade Freire

INTRODUÇÃO

A gestão da qualidade pode ser entendida como uma estratégia competitiva cujo objetivo principal se divide em duas partes: conquistar mercado e diminuir desperdícios com redução de custos. Para conquistar mercados é preciso atender aos requisitos dos clientes que buscam pelo que possam melhor atender suas expectativas e necessidades. Aplicando a gestão de qualidade, os empreendedores trazem melhorias para as empresas, que por sua vez geram benefícios significativos, clientes satisfeitos, faturamento, e boa reputação, gerando a satisfação que envolve o empresário, os colaboradores e, principalmente, os clientes (CARPINETTI, 2011).

No que diz respeito às instituições de saúde, a compreensão da qualidade precisa ser percebida e dada sua verdadeira importância através da prática de acreditar, avaliar, certificar e mudar para responder às expectativas e necessidades dos pacientes num processo contínuo e crescente que, aplicado no dia-dia, permite que qualquer organização se supere no atendimento e profissionalismo, tornando-se referência na sociedade (INNOCENZO, 2010).

Neste contexto, a busca por qualidade pelos serviços de atenção à saúde é uma necessidade técnica e social, adoção de um sistema de gestão da qualidade é uma decisão estratégica das organizações, que deve compor o planejamento institucional ao promover elementos da gestão que incluam pacientes, familiares e profissionais como um conjunto interligado de necessidades a serem satisfeitas, com vistas à melhores resultados nos serviços oferecidos (INNOCENZO, 2010).

A contínua prática em atividades no setor para se chegar a acreditação e certificação das organizações, inclusive na nefrologia, é cada dia mais frequente. Um setor na saúde que pode ser aplicável a gestão da qualidade é o de hemodiálise no

qual os responsáveis por estes serviços devem ter compromisso com o desenvolvimento do sistema de gestão da qualidade e com a melhoria contínua e sua eficácia (MARTHA et al., 2011).

O setor de diálise trata o paciente com doença renal crônica que é considerada um problema mundial de saúde, tendo por tratamento a hemodiálise a qual envolve a remoção de substâncias tóxicas do sangue e os excessos de líquidos nos tecidos do corpo (MARTHA et al., 2011). Sendo assim, o contexto social que envolve o tratamento deve ser o mais adequado e seguro possível, abarcando inclusive os elementos pré-tratamento e pós-tratamento ao incluir os familiares/acompanhantes, e também os profissionais da saúde.

Diante da problemática que envolve a gestão da qualidade nos serviços de hemodiálise indaga-se: Qual é a importância da implementação de um sistema de gestão de qualidade no serviço de hemodiálise? Ao tentar responder a essa questão tem-se, neste trabalho, o objetivo de discutir a importância da gestão de qualidade no serviço de hemodiálise.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 GESTÃO DA QUALIDADE: CONCEITOS E PRINCÍPIOS

A gestão da qualidade tem sido um assunto bastante abordado pelas organizações na atual sociedade. Ela se baseia nas tecnologias da informação e comunicação, como também na competitividade, em vários setores da sociedade, sobretudo do setor de saúde. Este setor tem como objetivo garantir a completa necessidade e satisfação dos clientes ao lidar com a saúde e, conseqüentemente, com a qualidade de vida dos usuários. Desta forma, o tema de maior preocupação entre as instituições atualmente se chama qualidade do serviço, pois se tornou necessária e pode-se definir todo o sucesso da mesma, envolvendo questões financeiras, demanda e satisfação do cliente/paciente (LUONGO, 2011).

O tema tem sido discutido desde a década de 80, incrementando novas técnicas de gestão, buscando resultados mais efetivos quanto às metas organizacionais baseados na garantia da qualidade dos processos em conformidade com os requerimentos dos clientes, do produto, das suas especificações (CROSBY, 1999).

Qualidade do atendimento é um objetivo constante da gestão e, assim

sendo, é importante que o gestor tenha estratégias de planejamento e esteja comprometido para que ela seja alcançada. Além disso, o financiamento dos serviços também requer atenção especial dos gestores, pois é por meio dele que se torna possível a realização das ações e projetos, sendo de fundamental importância o conhecimento dos problemas financeiros para que o gestor tenha condições de administrá-los e de desenvolver as estratégias. Diante disso, os gestores precisam ser organizados e preocupados com a qualificação, investindo em suas equipes com capacitação e tecnologias, para que possam geri-la da melhor forma possível, alcançando assim os resultados por parte destes profissionais com eficiência em assistência ao paciente, dispondo a estas ferramentas necessárias de trabalho (BONATO, 2011).

Conforme ressalta Campos 1999 o gerenciamento da rotina é uma parte do programa de gestão da qualidade que pode ser implementado em um departamento, de forma isolada, como programa-piloto. A primeira etapa para sua implementação é a descrição do negócio, ou seja, a elaboração de três medidas relacionadas à empresa ou ao departamento em questão: a) identificação de clientes e produtos ou serviços críticos para estes; b) a definição dos recursos para atender às necessidades destes clientes; e c) o mapeamento dos processos com estabelecimento de itens de controle e metas que garantam a satisfação dos clientes (CAMPOS, 1999).

Essa gestão de serviços se constitui um requisito básico para toda e qualquer organização que vise se manter no mercado competitivo. Deste modo, as teorias que circundam a gestão de qualidade estão pautadas em teorias advindas da administração, com foco na gestão, sendo necessária a adequação teórica ao se aplicar em áreas de atuação que não necessariamente trabalhem com os elementos lucrativos (CORDEIRO, 2004).

Assim, segurança (estrutura), organização (processo) e práticas de gestão e qualidade (resultados), são níveis abordados, pontuando que a qualidade em saúde pode ser vista como uma atividade que tem os componentes de estrutura, processo e resultado (CORTE 2009).

Ou seja, quando se pontua temas como "satisfação do cliente", "qualidade dos serviços prestados", "foco no cliente e em suas necessidades", "atendimento ao cliente", dentre outras, o direcionamento é focado nas estratégias de gestão que serão aplicados para alcançar os objetivos e metas da organização como um todo.

Neste sentido, entende-se que a qualidade dos serviços está direcionada ao cliente, portanto, não deve ser compreendido como um produto que pode ser produzido antecipadamente, nem armazenado, mas como um conjunto de elementos variáveis, adaptáveis e flexíveis, por entender que o cliente é parte integrante do processo produto da organização (CORTE 2009).

Percebe-se, neste contexto, que a gestão de qualidade se constitui como entrelace de interesses entre a instituição e os clientes. Conforme ressalta Cordeiro (2004, p. 26),

A gestão da qualidade é total por dois principais motivos: primeiro porque não devem existir lacunas, ou seja, o cliente-alvo da empresa deve ser totalmente satisfeito, e segundo porque todos os departamentos e funcionários da empresa devem trabalhar de forma integrada no sentido de preencher essas lacunas ao longo do tempo [...]

Deste modo, uma integração entre clientes e profissionais que possibilite total satisfação dos serviços, nas duas pontas, fechando o ciclo de busca e oferta num ambiente competitivo e compartilhado é o que busca a gestão da qualidade.

2.2 GERENCIAMENTO NO SETOR DE HEMODIÁLISE

A diálise é um tratamento que visa repor as funções dos rins, removendo as substâncias tóxicas, o excesso de água e sais minerais do organismo, estabelecendo assim uma nova situação de equilíbrio (MEDEIROS, 2013). A diálise pode ser subdividida em duas modalidades: diálise peritoneal ou hemodiálise. Neste sentido a diálise se apresenta como uma alternativa de substituição das funções dos rins, com o objetivo de estender a vida do paciente.

Hemodiálise é um procedimento realizado através de uma máquina que limpa e filtra o sangue, ou seja, faz a função que o rim doente não pode fazer. E, visando todo esse processo minucioso que é o tratamento, se faz necessário existir uma gestão de qualidade para que haja atendimento íntegro e integral. (MARTHA et al., 2011).

A equipe de saúde que presta assistência aos pacientes renais crônicos participa constantemente dos seus problemas emocionais, criando laços afetivos, ressaltando que o bom êxito da hemodiálise prolongada depende em grande parte da relação paciente-enfermeiro. A enfermagem é o elemento que está em maior

contato com o paciente, pois está presente antes, durante e após a diálise, sendo que as rotinas administrativas e as orientações especiais que o paciente e sua família deverão receber são cuidados básicos da enfermagem (MEDEIROS, 2013).

Como diz Carvalho 2016, acerca da necessidade de processos de gestão ao lidar com uma clientela com necessidades específicas como o paciente renal, identificou:

Por conseguinte, como enfermeira assistencial do mesmo Centro de Diálise pude envolver-me com o universo da gerência do cuidado de enfermagem, ao organizar, articular, implementar e avaliar os cuidados a esta clientela específica. Dessa forma, percebi a necessidade de ações gerenciais resolutivas e eficazes que proporcionem e/ou auxiliem a pessoa com doença renal crônica em hemodiálise no desenvolvimento de estratégias que possibilitem a sua adaptação, ou pelo menos minimizem os impactos desta, auxiliando-os em momentos de dificuldades aqueles que vivenciam essa nova condição (CARVALHO, 2016, p. 25).

Dessa forma, compreende-se o processo de adaptação de pessoas com doença renal crônica como um fenômeno envolvido por imprevisibilidades, incertezas, diversidades e desordens que demarcam a complexidade da realidade.

2.3 QUALIDADE NOS SERVIÇOS DE HEMODIÁLISE

Visando a prevenção de eventos adversos dentro do setor de hemodiálise é importante avaliar de acordo com as normas estabelecidas, o tratamento da água e, considerar a qualidade para a prevenção de riscos ao paciente. A contaminação da água por substâncias químicas tóxicas é uma ameaça à qualidade de vida humana e, de modo especial, para aquelas pessoas que sofrem de insuficiência renal (SOUSA, et al., 2016). Sendo assim, a qualidade da água é um fator determinante para se realizar o tratamento seguro, evitando que o paciente renal adquira outras patologias durante a hemodiálise, já que a água utilizada para tratamento tem importância vital, uma vez que compõe 95% de toda solução que faz a limpeza do sangue (MEDEIROS, 2013).

Ainda no que tange a tecnologia de assistência na diálise, os avanços tecnológicos e terapêuticos têm crescido, contribuindo para prolongar a sobrevida dos pacientes renais crônicos e causando satisfação por parte desses utilizadores

dos serviços de saúde. A busca pela qualidade na prestação de serviços à saúde é uma necessidade social e técnica, evidenciando que a melhoria da qualidade leva diretamente à maior eficiência em assistência e à redução de custos, visa auxiliar às organizações prestadoras de serviços de nefrologia a implantar melhorias da qualidade dos seus processos (TREVISO et al., 2009).

Outro ponto que deve ser abordado é a qualidade de assistência ao paciente que é submetido o tratamento de hemodiálise, ao qual se faz necessário cuidado humanizado, pois através de cuidados tais como a atenção, o respeito, a paciência, entre outros, haverá um relacionamento interpessoal entre paciente e profissional e o cliente sentirá o cuidado refletindo na qualidade de vida (FREITAS, 2018).

3 METODOLOGIA

O presente estudo se deu a partir de uma revisão integrativa da literatura, merge como uma metodologia que proporciona a síntese do conhecimento e incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática. Nesta concepção, a revisão integrativa é definida como a mais ampla no que diz respeito às revisões, pois permite a inclusão de estudos de variados tipos, para melhor compreensão do fenômeno estudado.

Para elaboração do estudo seguimos as seis etapas de elaboração da revisão integrativa de literatura, são elas: definição da pergunta norteadora; busca ou amostragem na literatura; coleta de dados; análise crítica dos estudos incluídos; discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa (SOUSA; CARVALHO, 2016). A busca aconteceu na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) foram utilizados os descritores: Gestão da Qualidade em Saúde, Hemodiálise, separados pelo operador *Booleano AND*. Foram usados, como critério de inclusão na pesquisa: artigos que abordam a temática; artigos publicados em periódicos nacionais; artigos completos no idioma de português; artigos publicados no período de até dez anos, ou seja, de 2009 a 2019 e do tipo artigo. Foram excluídos os artigos duplicados; artigos que não disponibilizam o texto completo; artigos não disponibilizados no idioma português, artigos que não apresentavam o assunto abordado e artigos fora do período solicitado.

4 RESULTADOS

Foi identificado o montante de 1.820 registros nos últimos 10 anos para que

se realizassem as combinações. Utilizando-se as combinações descritas acima, nos idiomas inglês e português, identificou-se um total de 540 artigos em português. E, após a leitura dos resumos, foram selecionados 40 artigos. Realizou-se a leitura criteriosa e 30 artigos não se adequaram aos critérios de inclusão outrora estabelecidos, sendo que no período 2009 a 2019 houve apenas 10 trabalhos que discutiam a temática, assim é necessário que se discuta mais a qualidade aliada à gestão, mas especificamente no setor de hemodiálise. Ficou composta assim a amostra deste estudo seis artigos, conforme o quadro.

Quadro 1: Levantamento de Artigos na BVS.

ANO AUTOR	TÍTULO	OBJETIVOS	BASE DE DADOS	CONCLUSÕES
WILLIG, LENART e TRENT INI, 2006.	Gerenciamento e cuidado em Unidades de Hemodiálise	O estudo teve como objetivo investigar a experiência teórico-prática e as perspectivas referentes ao gerenciamento do cuidado verbalizadas pelos profissionais de enfermagem que atuam em unidades de hemodialis e de Curitiba.	LILACS	Os resultados da pesquisa apontaram a existência de conflito entre gerenciar o cuidado e prestar cuidado direto ao paciente, resultante, segundo a visão das enfermeiras, do excesso de atividades administrativas, do número inadequado do pessoal de enfermagem e da ausência de um planejamento efetivo.

**SABERES CIENTÍFICOS:
SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR**

ROCHA e PINHO, 2018.	Segurança do paciente em hemodiálise	Analisar a literatura acerca da segurança do paciente em hemodiálise.	BDENF	Torna-se importante que a equipe da hemodiálise aprofunde os seus conhecimentos acerca da segurança do paciente para atuar, de forma proativa, na prevenção de eventos adversos garantindo, assim, a segurança do paciente e uma melhor qualidade de vida ao paciente com doença renal crônica em tratamento.
KIRCHNER et al., 2011.	Caracterização de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise	Caracterizar pacientes em tratamento dialítico, assistidos em um Centro de Nefrologia da região fronteiriça do estado.	BDENF	os resultados podem se constituir em instrumento de gestão, favorecendo o direcionamento de ações visando qualificar a assistência ao paciente renal crônico.
SOUSA et al., 2016.	Prevalência e fatores associados para a ocorrência de eventos adversos no serviço de hemodiálise	Analisar a prevalência e os fatores associados para a ocorrência de eventos adversos no serviço de hemodiálise.	LILACS, BDENF	A prevalência de eventos adversos foi considerada alta, com predominância do grau leve. O estudo reforça a necessidade de estratégias de gestão e assistência para implantação de medidas de controle da ocorrência dos eventos adversos em hemodiálise, resultando em benefícios econômicos e sociais para a instituição e sua clientela.

**SABERES CIENTÍFICOS:
SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR**

<p>PADILHA et al., 2018.</p>	<p>Necessidades de ações educativas terapêuticas em um serviço de diálise renal no Brasil</p>	<p>Investigar as dúvidas e ou necessidades das pessoas com DRC e a existência de um programa educacional em um serviço de HD.</p>	<p>IBECS</p>	<p>A função do educador é um dos domínios fundamentais dos cuidados de enfermagem, porém, é sabido das dificuldades que tais profissionais enfrentam para viabilizar tal competência. Faz-se necessária uma reorientação da prática educacional neste serviço, com o objetivo de ofertar melhor esclarecimentos sobre a DRC, e conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida a estas pessoas.</p>
<p>MARTINS et al., 2019.</p>	<p>Contribuições da enfermagem na potencialização do processo de adaptação ao paciente Renal Crônico</p>	<p>Identificar as ações assistenciais -educativas da enfermagem ao paciente com Doença Renal Crônica em uso de hemodialis e como estas tem contribuído no processo de adaptação do paciente.</p>	<p>LILACS, BDEF</p>	<p>As condutas de enfermagem com maior grau de mudança e condução de melhores resultados foram as ações educativas, com conseqüentes redução de risco, redução da progressão de lesão renal.</p>

Fonte: Própria da pesquisa, 2022.

5 DISCUSSÃO

A importância de ter a gestão de qualidade no setor de hemodiálise se deve a vários elementos que fazem parte de um plano de gestão na assistência ao paciente hemodialítico. Estratégias são necessárias para se obter sucesso, e é fundamental que a gestão dos serviços de saúde necessite de mais especialização e o conhecimento de todo o processo de assistência por parte da equipe multiprofissional. O gestor deve se comprometer com a segurança e com a qualidade do serviço prestado, utilizando o registro de erros para detectar, estimar e avaliar as causas da severidade, fazendo que a análise destes permita desenvolver ações que levem a maior segurança no atendimento, podendo assim prevenir e até evitar eventos adversos no setor (SOUSA et al., 2016).

Ao se dar ênfase às estratégias para melhorar o tratamento do paciente em unidades de diálise é importante manter a comunicação eficaz e nota-se como consequência, a redução de erros de medicação e as diálises mais corretas. Deve-se estruturar o sistema de forma segura nas organizações ajudando os profissionais a não errarem. Todas as causas devem ser analisadas pelo serviço de gerenciamento de risco para o desenvolvimento de ações corretivas, visando à prevenção e à redução de eventos adversos (SOUSA et al., 2016). Incentivar um ambiente seguro, oferecer boas condições de trabalho, fidelizar funcionários reduzindo a rotatividade, manter carga horária de trabalho compatível com a função, oferecer educação continuada, desenvolver um plano de segurança, desenvolver a comunicação aberta entre a equipe e paciente, desenvolver um ambiente livre de culpa e com a responsabilidade compartilhada com estratégias de uma gestão de excelências são medidas associadas ao incentivo dos membros da equipe para priorizar a prevenção de erros. Estas são fundamentais para a melhoria da qualidade da assistência ao paciente renal crônico em hemodiálise, tornando necessária uma gestão de qualidade nesse setor (WILLIG et al., 2006).

Sabe-se que a doença renal crônica (DRC) é uma condição com vários atributos que tem o potencial para aumentar o risco de erros e falhas na segurança do paciente. Pessoas com DRC têm maiores taxas de hospitalizações, o que as deixa suscetíveis a intervenções para a ocorrência de erros, em relação ao serviço de hemodiálise. Ressalta-se que o tratamento é complexo, com atividades específicas, requerendo estruturas adequadas e profissionais capacitados para uma

prática assistencial segura e que se não respeitadas, poderão causar danos irreversíveis ao usuário (ROCHA e PINHO, 2018).

Adverte-se que as unidades de hemodiálise são locais susceptíveis à ocorrência de eventos adversos (EA), pois apresentam vários fatores de risco como: procedimentos invasivos; utilização de equipamentos complexos; pacientes críticos; alta rotatividade de pacientes e administração de medicamentos potencialmente perigosos. Protege-se a segurança do paciente de risco envolvido na assistência à saúde buscando-se minimizar riscos. Além de reduzir ou eliminar os eventos adversos é importante que o gestor se preocupe com a segurança do paciente em tratamento, podendo assim ofertar assistência com segurança (ROCHA e PINHO, 2018).

Constata-se que a equipe de enfermagem de unidades de hemodiálise deve possuir conhecimentos sobre os eventos adversos para poder identificar os riscos e as situações que propiciam a sua ocorrência. Com a intenção de buscar alternativas para minimizar as falhas, deve-se adotar métodos de análise de risco e, assim, garantir a qualidade do serviço, fazendo-se necessário que a enfermagem adote medidas que diminuam o risco de ocorrência de eventos (MARTINS et al., 2019).

Diante todos esses problemas pontuados notou-se que para obter assistência de qualidade neste setor é necessário que haja uma estratégia complexa e o enfermeiro como com uma visão não somente de gestor e sim de educador. Percebe-se que o setor de hemodiálise pode ofertar uma assistência de excelência completa, evitando assim gerar outras complicações que coloquem a vida do paciente renal em risco, uma vez que estamos falando de pacientes com vulnerabilidade a outras patologias durante o tratamento (PADILHA et al., 2018).

Os profissionais de enfermagem são responsabilizados por grande parte das ações assistenciais e, portanto, estes se encontram em posição privilegiada para reduzir a possibilidade de incidentes que possam atingir o paciente. Além de detectar as complicações precocemente e realizar as condutas técnicas de administração, o enfermeiro visa e desempenha práticas necessárias para minimizar os danos no setor (MARTINS, et al., 2019). Portanto o trabalho dos enfermeiros deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões de modo a garantir um resultado efetivo, sem desperdiçar recursos. Para este fim, devem possuir habilidades para avaliar, sistematizar e decidir a conduta mais apropriada, sobressaindo à liderança como competência a ser desenvolvida (MARTINS et al.,

2019).

Deste modo, conhecer o funcionamento da hemodiálise é fundamental no processo de adaptação do paciente às restrições, conseqüentemente melhorando sua contribuição com o tratamento. Com isso o enfermeiro, além de assistir no procedimento, deve atuar como educador e gestor, facilitando o desenvolvimento do autocuidado e do cuidado no seu cotidiano (SOUSA et al., 2016). Nota-se que a assistência de enfermagem, e o quantitativo de pessoal influencia diretamente na implantação de medidas de gestão que possam favorecer a adoção de novas culturas que favoreçam a qualidade da assistência. É nesse contexto que o dimensionamento de pessoal de enfermagem se constitui uma prioridade por interferir diretamente no processo administrativo e no conseqüente planejamento da assistência (KIRCHNER et al., 2011)).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Discutem-se questões relativas à gestão da qualidade na saúde com bastante frequência nos dias atuais, entretanto, a literatura científica acerca da gestão no setor de hemodiálise, ainda é escassa.

Faz se necessário uma reorientação da prática educacional neste serviço, com o objetivo de ofertar ao paciente renal uma assistência que minimize falhas e tenha melhor esclarecimentos sobre a DRC (doença renal crônica) e como conseqüência, a melhoria na qualidade de vida a estas pessoas, principalmente a atenção diferenciada para o seu acompanhante que, na maioria, é um familiar.

O processo de melhoria da qualidade na saúde é um bom investimento no mercado cada vez mais competitivo e requisitante, todos têm que estar envolvidos, principalmente na gestão do serviço. A busca da qualidade não pode ser delegada somente a um profissional e sim toda equipe multiprofissional, sendo um compromisso de todos. O entendimento dessas alterações traz novas estratégias de melhoria da qualidade à assistência prestada. Sendo assim, educar, acolher, motivare incluir a família constituem estratégias de fortalecimento para o enfrentamento da hemodiálise.

Aponta-se a necessidade de apoio e fortalecimento da rede de relações destes pacientes, que lhes facilite o convívio com as limitações impostas pela doença e tratamento visando à melhor qualidade de vida. Torna-se importante que a

equipe da hemodiálise aprofunde seus conhecimentos acerca da segurança do paciente, para atuar de forma proativa na prevenção de eventos adversos garantindo, assim, a segurança do paciente crônico em tratamento hemodialítico.

Este estudo percebe a importância de implementar uma gestão da qualidade no setor de hemodiálise, torna-se evidente, ante o exposto, a necessidade da continuidade de pesquisas que desenvolvam práticas voltadas para a constante preocupação na qualidade em assistência ao paciente renal antes, durante e após cada sessão de diálise, proporcionando à estes uma melhor adaptação e qualidade ao seu estilo de vida limitado, considerando que os profissionais de saúde são parte integrante e essencial neste processo com ações que devem seguir além das necessidades físicas e biológicas atingindo campos sociais e psicológico, e que estratégias para melhoria na qualidade de vida destes indivíduos devem ser consideradas, orientadas e motivadas.

REFERÊNCIAS

- BONATO, V. L. Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, v. 35, n. 5, p. 319-331, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/gestao_qualidade_saude_melhorando_assistencia_cliente.pdf . Acesso em: 23 mar. 2020.
- CARPINETTI, L. C. R., MIGUEL, P. A. C., GEROLAMO, M. C. **Gestão da qualidade ISO 9001:2008: princípios e requisitos**. 4. Ed. São Paulo: Atlas, 2011.
- CAMPOS, Vicente F. **Controle da qualidade total (no estilo japonês)**. Belo Horizonte: Editora de Desenvolvimento Gerencial, 1999.
- CARVALHO, Cristiane Oshiro Mocelin de. **Desenvolvimento de modelos de Gestão de qualidade em um serviço de hemodiálise**. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, p. 113. 2004.
- CORDEIRO, José Vicente B. de Mello. Reflexões sobre a Gestão de Qualidade Total: fim de mais um modismo ou incorporação do conceito por meio de novas ferramentas de gestão? **Revista FAE**, v. 7, n. 1, p. 19-33, jan./jun. 2004.
- CORTE, M.R. **A Qualidade dos Serviços Hoteleiros na Ilha do Porto Santo**. Dissertação de Mestrado, Universidade Técnica de Lisboa, Departamento de Economia, Gestão e Engenharia industrial, Funchal, Portugal). 2009. Disponível em: <https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/1434/1/TFM%20Romana%20Corte.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2020.
- CROSBY, Philip B. Zero Defects. **QualityProgress**, Febr. 1999.
- FREITAS, S. R. L. Cuidados de enfermagem ao paciente renal crônico em hemodiálise. **Revista Cultural e Científica** , v. 14, n. 2, 2016, Disponível em:

http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/10441/1/2014_art_albclira.pdf Acesso: 12 jun. 2018.

INNOCENZO, D. M.; FELDMAN, B.L.; FAZENDA, R.R.N.; HELITO, B.A.R.; RUTHES, M.R. **Indicadores, auditorias, certificações: ferramentas de qualidade para gestão em saúde.** 2ª ed. São Paulo: Martinari; 2010.

KIRCHNER, Rosane Maria; LÖBLER, Lisiane Lisiane; MACHADO, Renata Figueira; STUMM, Eniva Miladi Fernandes. Caracterização de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise. **Rev. Enferm. UFPE**, v. 5, n. 2, p. 199-204, Mar.- Abr. 2011.

LUONGO, J.; ROCHA, R.M.; MIRANDA, T.V.M.; HERVÁS, M.J.W.; SILVA, R.M.A. **Gestão de qualidade em saúde.** São Paulo: Rideel; 2011.

MARTHA, S. N. et al. **Programa Saúde da Família sob a visão do usuário.** **Salusvita**, Bauru, v. 30, n. 3, p. 159-177, 2011.

MARTINS, Jaqueline Dantas Neres; CARVALHO, Dayara de Nazaré Rosa de; SARDINHA, Daniele Melo; SANTOS, Annália de Paula Gesta; SOUZA, Marcelo Williams Oliveira de; AGUIAR, Viviane Ferraz Ferreira de. Contribuições da Enfermagem na potencialização do processo de adaptação ao Paciente com Doença Renal Crônica. **Revista Nursing**, v.22, n. 257, p. 3199-3203, out. 2019.

MEDEIROS, A.J.S.; MEDEIROS, E.M.D. de. Desafios do tratamento hemodialítico para o portador de insuficiência renal crônica e a contribuição da enfermagem. **Rebes**. v. 3, n. 1, p. 1-10, 2013.

PADILHA, Fernandes Larissa; MOTA, Marins Karine Yara; OLIVEIRA, Carmo Hercules de; Rodrigo, dos Santos Silva Samira; CARVALHO, Farias Silvia Maria de; GOMES, da Silva Clinton Fábio. **Necessidades de ações educativas - terapêuticas em um serviço de diálise renal no Brasil.** **Rev. Enferm. Nefrol**; 21(1): 53-62, ene-mar. 2018.

ROCHA, Renata de Paula Faria; PINHO, Diana Lúcia Moura. Segurança do paciente em Hemodiálise. **Rev. Enferm. UFPE online**, v. 12, n. 12, p. 3360-3367, dez. 2018.

SOUSA, Maiana Regina Gomes de; SILVA, Ana Elisa Bauer de Amargo; BEZERRA, Ana Lúcia Queiroz; FREITAS, Juliana Santana de; NEVES, Gustavo Edreira; PARANAGUÁ, Thatianny Tanferri de Brito. Prevalência de eventos adversos em uma unidade de Hemodiálise. **Rev. enferm. UERJ**, v. 24, n. 6, nov.- dez. 2016.

TREVISÓ, P.; BRANDÃO, F.H.; SAITOVITCH, D. **Desenvolvimento de um sistema de indicadores para um serviço de transplante renal.** [Dissertação]. Porto Alegre (RS): Faculdade de Medicina/ PUCRS; 2009.

WILLIG, Mariluci Hautsch; LENARDT, Maria Helena; TRENTINI, Mercedes. Gerenciamento e Cuidado em Unidades de Hemodiálise. **Rev. Bras. Enferm**, v. 59, n. 2, p. 177-182, 2006.

A SÍNDROME DE BURNOUT EM PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Honorina de Oliveira Marinho
Maria das Mercês da Silva Galdino
Christiane Patrícia Ferraz Rabêlo
Victor Viera de Melo Oliveira
Eliane Alves de Melo
Jurandy de Andrade Freire

1 INTRODUÇÃO

O termo *Burnout* foi utilizado pela primeira vez em 1974, mencionado pelo psicólogo Freudenberg, que descreveu um quadro observado em jovens trabalhadores de uma clínica de dependentes de substâncias químicas em Nova York, Estados Unidos. Em 1982 Maslach, afirmou que o termo *Burnout* evoca o extinguir de uma chama, uma cápsula vazia, a chama de um archote agonizante e, também, a perda de entusiasmo no envolvimento com pessoas, perda de energia, de dedicação e disposição em dedicar-se aos outros. (RODRIGUES E CAMPOS, 2010, p.137).

A Síndrome de *Burnout* (SB) é extremamente complexa e pode ser investigada em diferentes níveis de organização, tanto no nível individual como no organizacional. Em ambos a Síndrome de *Burnout* é fruto de situações de trabalho, uma resposta emocional quando se dá a exposição ao *stress* crônico em função de relações intensas no trabalho com outras pessoas. (DEJOURS, 1994, p.65). De acordo com Lima (2004), utiliza-se o termo *Burnout* para explicar o sofrimento do homem em seu ambiente de trabalho, associando-se a perda da motivação e o alto grau de insatisfação dessa exaustão. Profissionais da saúde, de modo geral, e profissionais da docência encaixam-se perfeitamente neste perfil e tornam-se as profissões alvo desse tipo de transtorno. Assim, a síndrome do esgotamento profissional integra a lista de doenças profissionais relacionadas ao trabalho. Pode-se definir *Burnout* como um transtorno adaptativo crônico associado às demandas e exigências laborais, cujo desenvolvimento é insidioso e frequentemente não reconhecido pelo indivíduo, com sintomatologias múltiplas predominando o cansaço emocional. (SCHWARTZMANN, 2004, p.45).

Esta pesquisa tem como objetivo geral analisar bibliograficamente as publicações sobre a Síndrome de *Burnout* em profissionais da saúde e tem como objetivos específicos: explicar o que é a Síndrome de Burnout e como ela ocorre; demonstrar a ocorrência da síndrome nos profissionais da área de saúde; compreender o papel da gestão na prevenção e tratamento das ocorrências da síndrome nos ambientes de saúde.

De acordo com Ribeiro (2011) a Síndrome de *Burnout* é pouco conhecida por grande parte de profissionais da saúde, sendo necessário que se divulgue mais, pois se os profissionais desconhecem as possíveis manifestações e causas não podem buscar formas efetivas de tratamento, bem como medidas de prevenção a esta. Assim, conclui-se que, por se tratar de uma síndrome ligada ao labor, a Síndrome de *Burnout* deve ser estudada,

sobretudo nos ambientes de saúde, como hospitais, clínicas de urgência e emergências e outros profissionais que atuam com este tipo serviço, pois tal profissional está a todo instante imergido em situações de tensão, estresse pós-traumático oriundos dos usuários que buscam auxílio para suas demandas, entre outras situações decorrentes a esse tipo atendimento. A atenção da Gestão Hospitalar deve estar voltada para seu capital humano, pois só será possível gerir os serviços se houver uma equipe qualificada, equilibrada e, sobretudo humanizada. Partindo deste pressuposto, a escolha do tema se deu pela busca na compreensão da Síndrome de *Burnout* e de que maneira a Gestão Hospitalar poderá conceber estratégias para estabelecer vínculos positivos e melhorias na qualidade do trabalho. Para tanto, será utilizada como metodologia de pesquisa o levantamento bibliográfico.

2 A SÍNDROME DE BOURNOUT

O Código Internacional de Doenças (CID -11) define *Burnout* como sendo uma síndrome conceituada resultante do estresse crônico no local de trabalho o qual não foi gerenciado com sucesso. É caracterizada por três dimensões: sentimentos de exaustão ou esgotamento de energia; aumento do distanciamento mental do próprio trabalho, ou sentimentos de negativismo ou cinismo relacionados ao próprio trabalho; e redução da eficácia profissional.

A Síndrome de *Burnout* se refere especificamente a fenômenos no contexto

ocupacional e não deve ser aplicada para descrever experiências em outras áreas da vida. Essa síndrome também foi incluída na CID-10, na mesma categoria da CID-11, mas a definição atual é mais detalhada.

O estresse pode surgir diante de uma rotina de trabalho exaustiva, da falta de sono adequado, da incompreensão da família ou dos colegas de trabalho sobre as pressões e cobranças oriundas de uma vida de muitas responsabilidades e com pouco descanso. A Síndrome de *Burnout* é a resposta a um estado prolongado de estresse, que ocorre devido à continuidade de exposição a fatores estressores, como os citados acima, no ambiente de trabalho.

O estresse pode ocorrer de duas formas, a primeira de natureza aguda (muito intenso, mas que desaparece rapidamente) e a segunda de natureza crônica (não tão intenso, perdurando por períodos de tempo mais prolongados e os recursos utilizados pelo indivíduo para enfrentá-lo são escassos). O estresse crônico contribui para uma pobre qualidade de vida e aumento do risco de diversas doenças, como coronarianas, hipertensão e baixa do sistema imunológico. (CALDERERO; MIASSO; CORRADI-WEBSTER, 2008, p. 52)

As primeiras características do estresse ligado ao trabalho são: a sensação de exaustão, o esgotamento, a sobrecarga física e mental e as dificuldades de relacionamento. O ceticismo também aparece aqui como uma tentativa de se proteger da exaustão, em consequência as pessoas se tornam mais distantes e frias com relação ao trabalho e aos colegas, pois sentem que é mais seguro ficar indiferente ao ambiente que as rodeiam. E, como consequência desse distanciamento, a ineficiência no trabalho aparece. Quando os profissionais se tornam ineficientes perdem a confiança na própria capacidade de fazer diferença, e, à medida que perdem a autoconfiança, os outros também, provavelmente, perdem a confiança neles (LIMA, 2004, p.16).

De acordo com Vasconcelos e Faria (2008) a organização do trabalho pode apresentar-se como fator de fragilidade mental dos indivíduos, o que torna as organizações parte responsável pela Saúde Mental de seus integrantes. Nos dias atuais, as práticas de saúde mental nas organizações coexistem com a pressão por produtividade crescente, num ambiente extremamente competitivo no qual o indivíduo deve estar sempre pronto para mudar e para se adaptar às demandas do

mercado.

As primeiras pesquisas sobre *Burnout* são resultado de estudos sobre as emoções e as formas de lidar com elas. Elas foram desenvolvidas com profissionais que, pela natureza de seu trabalho, necessitavam manter contato direto, frequente e emocional com sua clientela, como os trabalhadores da área da saúde, serviços sociais e educação.

Os profissionais que prestam serviços a grande massa da população devem estar atentos aos mínimos sintomas de estresse, pois a tensão que permeia esses tipos de ambientes é demasiadamente constante. O contato com usuários, com a equipe multidisciplinar e com as diversas situações encontradas no trabalho com o público requer do profissional um equilíbrio mental e emocional. Corroborando com isso, Lima (2004) afirma que a exaustão emocional diz respeito à redução dos recursos emocionais internos causadas por demandas interpessoais. A despersonalização reflete o

desenvolvimento de atitudes frias, negativas e insensíveis direcionadas aos receptores de um serviço prestado, traduzindo à desumanização, a hostilidade, a intolerância e o tratamento impessoal das pessoas com *Burnout* para com seus clientes, colegas e superiores. Por fim, a sensação de baixa realização profissional evidencia que pessoas que sofrem de *Burnout* tendem a acreditar que seus objetivos profissionais não foram atingidos e vivenciam uma sensação de insuficiência e baixa autoestima profissional.

Segundo Carlloto (2008), a Síndrome de *Burnout* tem sido considerada um problema social de grande relevância e tem sido investigada em diversos países, uma vez que se encontra vinculada a grandes custos organizacionais. E, alguns destes custos, devem-se a rotatividade de pessoal, ao absenteísmo, a problemas de produtividade e de qualidade, como também por associar-se a vários tipos de disfunções pessoais, tais como o surgimento de graves problemas psicológicos e físicos, podendo levar o trabalhador à incapacidade total para o trabalho.

Frente a essa afirmação vemos a necessidade de o Gestor Hospitalar manter uma vida profissional equilibrada, ter ao seu lado, sempre que possível, uma equipe de confiança e treinada para promover estratégias e planejamentos adequados, a fim de não sobrecarregar a sua rede de colaboradores.

2.1 A SÍNDROME DE *BURNOUT* EM PROFISSIONAIS DA SAÚDE

A qualidade de vida dos trabalhadores de saúde encontra-se diretamente relacionado aos diferentes estressores ocupacionais. Entre os vários fatores de estresse ocupacionais podemos citar como exemplos a carência de profissionais ou indivíduos capacitados, as prolongadas jornadas de trabalho, a exposição do profissional a riscos químicos e físicos, a falta de reconhecimento profissional, assim como, o contato constante com o sofrimento, a dor e até mesmo a morte. Considerando esses fatores, os trabalhadores da saúde devem estar atentos a sua saúde mental e emocional com muito mais afinco que os profissionais de outras áreas (KOVALESKI, 2012, p.32).

Atualmente, com a crise vivenciada pelo país, o fato de estar inserido no mercado de trabalho significa estar numa classe privilegiada, pois o trabalho, além de manter as condições básicas de sobrevivência do indivíduo, faz parte da construção de valores sociais e também contribui para as relações humanas. Entretanto, em muitos casos o que poderia ser uma fonte de renda, independência e realização pessoal, acaba se tornando um ambiente de estresse, desmotivação e perturbações mentais e emocionais.

De acordo com Carvalho (2007) no Brasil os profissionais que se enquadram na categoria acima citada estão submetidos a uma maior influência de fatores estressantes, principalmente os que trabalham na área de saúde pública que apresentam problemas de infraestrutura falta de material básico para o atendimento, grande demanda de prestação de serviços imposta pelos órgãos responsáveis, entre outros.

O hospital é considerado um ambiente penoso, insalubre e por si só carregado de tensões e propício a muitas doenças. A Gestão Hospitalar deve estar atenta ao menor sinal de esgotamento de sua equipe, pois a Síndrome de *Burnout* acarreta inúmeros prejuízos para o profissional e sua equipe de trabalho.

Um alto nível de estresse contínuo pode gerar um quadro de esgotamento físico e emocional caracterizado por pessimismo, imagens negativas de si mesmo, atitudes desfavoráveis em relação ao trabalho, mais conhecidas como síndrome de burnout. (PAFARO; MARTINHO, 2004, p. 154)

Considerando-se que o ser humano é uma dualidade que funciona numa unidade, o corpo produz mudanças na mente e esta age sobre o corpo, a mudança de comportamento biopsicossocial do trabalhador tem gerado preocupações e implicações na sua saúde e, conseqüentemente, em suas atividades, trazendo grandes custos para as organizações. Na compreensão de Fleury (2010), diferentemente da depressão e do estresse, na Síndrome de *Burnout*, o conjunto das atividades laborais possuem resolução importante e definitiva no processo da doença. Desta forma, compete a todos os profissionais envolvidos com a saúde do trabalhador, difundir e alertar os colegas sobre as causas e os sintomas presentes nesta síndrome. Assim, manter uma equipe equilibrada e emocionalmente estável é um grande e importante papel da Gestão Hospitalar. Promover a autoconfiança da equipe, manter um dialogo aberto e acolhedor é primordial para que esse equilíbrio seja alcançado e mantido entre os membros da equipe multidisciplinar que atua na área da saúde. De acordo com Frazão (2012), acredita-se que o tratamento para a Síndrome de *Burnout* pode ser realizado com a interação entre medicamentos e terapias e podem ser alcançadas por meio de grupos através de aulas de dança, teatro etc. Essas dão oportunidade ao sujeito para que ocorra a troca de experiências, o autoconhecimento, a segurança e também mantém o convívio social. O tratamento da Síndrome de *Burnout* deve seguir uma estratégia multidisciplinar: farmacológico, psicoterapêutico e médico. Como toda doença de adoecimento psicológico, uma das conseqüências é a somatização dos fatos. O diagnóstico deve ser de forma precisa para não ser confundida com a depressão, já que os sintomas iniciais são bem parecidos. (FERRARI, 2013, p. 154).

A Gestão Hospitalar também deve estar atenta aos sinais apresentados pelos profissionais, tais como: constantes situações de fadiga, dores musculares e ósseas frequentes, crises de enxaqueca ou dores de cabeça constantes, insônia, crises gastrintestinais, lentidão no processamento de pensamento, irritação e desânimos. Compreender essa demanda de sintomas e acolher esse profissional que necessita de auxílio torna a gestão eficiente e eficaz, frente a sua equipe de colaboradores e às demandas que a gestão poderá ter diante dos casos de Síndrome de *Burnout*.

3 METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se como uma revisão bibliográfica do tipo descritiva sobre „A Síndrome de *Burnout* em profissionais da saúde“. Trata-se de uma revisão da literatura atual na qual foram analisadas publicações científicas referentes à Síndrome de *Burnout* nesses profissionais.

De acordo com Oliveira (2002) a revisão bibliográfica é o levantamento da literatura relevante, já publicada na área, que serve de base à investigação do trabalho proposto. Não é apenas transcrever os dados, mas discutir ideias, fundamentos, sugestões dos autores selecionados, tendo como finalidade principal conhecer as diferentes formas de contribuições científicas realizado sobre um determinado assunto.

A coleta de dados foi realizada mediante busca eletrônica, na base de dados da *scielo*, do *google* acadêmico e de revistas eletrônicas na área da saúde, sobre a temática em questão. Como localizador dos artigos foi utilizado o termo *Síndrome de Burnout*, no modo integrado, e selecionado como assunto principais seguintes palavras: estresse, esgotamento profissional, doenças profissionais, profissionais da saúde. Assim, procedeu-se às etapas do processo de análise de conteúdo a saber: Pré-análise: leitura flutuante do material coletado e constituição do corpus da pesquisa; Exploração do material: recorte em unidades de registro de contexto; codificação e classificação segundo categorias empíricas e teóricas; e, por fim, Tratamento dos dados e interpretação: análise final dos dados obtidos.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo destaca a importância na identificação e avaliação da Síndrome de *Burnout* no contexto de profissionais da saúde uma vez que as consequências dessa síndrome não trazem prejuízos apenas ao profissional, mas a todos os envolvidos no processo hospitalar. Os fatores desencadeantes devem ser levados em consideração para que se possa desenvolver medidas preventivas e modelos de intervenção. O Gestor Hospitalar deve estar atento a jornada de trabalho, aos contratemplos devido a rotatividade de funcionários, ao absenteísmo, aos afastamentos por doenças, à queda de produtividade e qualidade dos serviços e a metodologia de tratamento com seus colaboradores e ou equipe. Um bom

gestor deve sempre se preocupar com os sinais de sua equipe dá, deve investir na capacitação sua e sua equipe e repensar estratégias que tragam bons frutos a empresa, para que a Síndrome de *Burnout* seja extinta ou que pelo menos tenha uma diminuição significativa.

É muito importante estar atento às emoções, reações e sentimentos como: baixa autoestima, sensação de fracasso, comportamentos agressivos, dentre outros. É necessário que o gestor, sempre que possível, estimule o trabalho em equipe, seja criativo e tenha capacidade de ouvir, pois os profissionais estão sempre expostos a situações estressantes as quais

necessitam de uma escuta empática e atenciosa. Estratégias como estas trarão efeitos positivos e melhorarão a qualidade do trabalho beneficiando a equipe e os usuários. Diferentemente do estresse, da depressão e de outros transtornos mentais, a Síndrome de *Burnout* está inserida diretamente no contexto do trabalho, dessa forma estudos apresentados, até o momento, na literatura científica evidenciam que a temática necessita de maiores pesquisas na busca de avaliações, intervenções e tratamentos dos profissionais atingidos pela síndrome.

REFERÊNCIAS

CALDERERO, A.R.L, MIASSO, A.I, CORRADI-WEBSTER, C.M. **Estresse e estratégias de enfrentamento em uma equipe de enfermagem de Pronto Atendimento**. Revista Eletrônica Enfermagem. 2008; v.10 n.1 p.51-62. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/7681> .Acesso em: 02 de Novembro de 2019.

CARLOTTO. M.S. **Síndrome de *Burnout*: Prevenção e Tratamento**. Disponível em: <http://idmed.terra.com.br/saude-de-a-z/indice-de-doencas-e-condicoes/sindrome-de-burnout/prevencao-e-tratamento.html>. Acesso em 30 de Outubro de 2019.

CARVALHO, L. **Avaliação do nível de *stress* em profissionais de saúde**. Estud. pesqui. psicol., Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, dez. 2007 . Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v7n3/v7n3a16.pdf>>. Acesso em: 30 de Outubro de 2019

DEJOURS, C. **Psicodinâmica do trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994

DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. (Orgs.). **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018

FERRARI. J.S. **Síndrome de *Burnout***.. Disponível em:

<https://brasilecola.uol.com.br/psicologia/sindrome-burnout.htm>; Acesso em 03 de novembro de 2019

FLEURY. M. **A informação como estratégia de prevenção da Síndrome de *Burnout***. Novembro de 2010. Disponível em: <https://sedo.com/us/artigos/humanas/psicologia/a-informacao-como-estrategia-de-prevencao-da-sindrome-de-burnout-12274/artigo/#.UjoXNH9Lhfw>; Acesso em: 17 de Outubro de 2019.

FRAZÃO. A. **Tratamento para a Síndrome de *Burnout***. Atualizado em 21/11/2012. Disponível em:

<https://www.tuasaude.com/tratamento-para-sindrome-de-burnout/> Acesso em: 12 de Novembro de 2019.

KOVALESKI. D. F; BRESSAN. A. **A síndrome de *Burnout* em profissionais de saúde**. Rev. Saúde e Transformação Social. v. 3, n. 2, 2012. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/index>; Acesso em: 28 de Outubro de 2019

LIMA, M. E. A. **A Pesquisa em Saúde Mental e Trabalho**. Em A. Tamayo, J. Borges-Andrade & W. Codo (Orgs.). *Trabalho, organizações e cultura* (pp. 157-172). São Paulo: Cooperativa de Autores Associados; 2004

OLIVEIRA, S. L. **Tratado de metodologia científica: projetos de pesquisa, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses**. Bessana MA, revisão. São Paulo: Pioneira Thompson Learning; 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997. vol.2.

PAFARO, R. C.; DE MARTINO, M. M. F. **Estudo do stress do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas**. Revista da Escola Enfermagem-USP. São Paulo, v.38, n.2. 2004
CAMPOS. E.M.P; RODRIGUES.A.L; Síndrome de Burnout. Psicossomática Hoje. 2º Ed. Artmed, 2010

RIBEIRO RN. **Síndrome de *Burnout* em Profissionais da Saúde de um Serviço Especializado em um Hospital Geral Público**. Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - Escola GHC Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Porto Alegre, 2011.

RODRIGUES, A.L; CAMPOS, E.M.P. **Síndrome de Burnout**. In: Psicossomática hoje[S.l: s.n.], 2010.

SCHWARTZMANN, L. **Estrés laboral, síndrome de desgaste (quemado), depresión: ¿estamos hablando de lo mismo?** *Ciencia & Trabajo*, v. 6, n. 14, p. 174-184, out./dez. 2004.

VASCONCELOS, A. FARIA, J.H. **Saúde Mental no trabalho: condições e limites**.

Rev. Psicol. Soc.v.20n..3Florianópolis. Dez.2008. Disponível em
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822008000300016>. Acesso em 19 de Outubro
de 2019

**GESTÃO DOS RESÍDUOS SÓLIDOS NA ODONTOLOGIA E SUA
DESTINAÇÃO: Uma revisão bibliográfica**

Everson Davi Francisco Cavalcante
Karla Clécia Santana Pereira
Nilsonete Gonçalves Lucena Ferreira
Christiane Patricia Ferraz Rabelo
Ysa Helena Diniz Morais de Luna
Shirley Antas de Lima

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, a atenção de gestores e órgãos federais, estaduais e municipais tem sido direcionada para os Resíduos Sólidos dos Serviços de Saúde-RSSS, pois do total gerado cerca de 5% a 25% possui algum grau de periculosidade decorrente dos resíduos perigosos, nestes compreendem resíduos que possuem compostos químicos, biológicos ou radioativos.

Em 07 de dezembro de 2004, a RDC Nº 306 da ANVISA trouxe diretrizes básicas que impulsionam a legislação e as políticas públicas para o gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde. Juntamente a essa lei surgiu a resolução CONAMA N 358 em 29 de abril de 2005, ambas com questões relacionadas a sustentabilidade do meio ambiente e preservação da saúde.(FARIAS, 2005)

Com o passar dos anos e as dúvidas que surgiram em relação à RDC Nº306/2004 a ANVISA publicou a RDC Nº 222/2018 para substituir a RDC anterior. Ela contempla questionamentos recebidos bem como a evolução de novas tecnologias e, ainda, a entrada em vigor da Lei 12.305/2010, que institui a PNRS. O objetivo dessa nova resolução segue a lei anterior que é minimizar os riscos inerentes ao gerenciamento de resíduos de saúde humana e animal, assim como proteção do meio ambiente e aos recursos renováveis (ANVISA, 2018)

Assim como em outros serviços de saúde, a odontologia apresenta uma variedade de Resíduos de Serviços de Saúde, como resultado do contato com fluidos biológicos (sangue, saliva etc). Entretanto, os procedimentos odontológicos envolvem certos materiais que não são utilizados na medicinageral, dentre os quais alguns extremamente tóxicos, constituídos de metais pesados e combinações químicas, apresentando riscos graves para a saúde dos

cidadãos, bem como causando impactos ambientais mais amplos. (CHAVES, 2002).

Um dos grandes desafios atualmente é a existência de uma ferramenta que possibilite a redução drástica da dispersão de resíduos diretamente ao meio ambiente sem tratamento. Embora a reciclagem seja uma forma sustentável de gerenciar e renovar grande parte dos resíduos, infelizmente não pode ser aplicada a todos os tipos de resíduos existentes.

Nos consultórios odontológicos o cirurgião - dentista é o profissional responsável para gerir os RSS. Desta forma, é necessário que ele tenha conhecimentos sobre gerenciamento de resíduos e conheça desde os regimentos legais até as normas de biossegurança. Este artigo propõe investigar, através da pesquisa bibliográfica, o conhecimento desses profissionais da odontologia no que se refere ao manuseio e descarte desses resíduos, bem como trazer a importância do profissional da gestão hospitalar no que se refere à organização do ambiente de trabalho e a elaboração de um Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos em Saúde.

METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se como uma revisão bibliográfica do tipo exploratório-descritivo sobre o tema GESTÃO DOS RESÍDUOS SÓLIDOS NA ODONTOLOGIA E SUA DESTINAÇÃO.

A pesquisa teve como objetivo geral fazer referência à teoria sobre o gerenciamento dos resíduos sólidos em saúde. Os objetivos específicos são: Descrever de que modo os odontólogos manuseiam os RSS; Compreender a classificação dos resíduos e o conhecimento sobre o descarte devido; Verificar de que modo os odontólogos manuseiam os RSS.

Segundo Gil (2008), a pesquisa bibliográfica tem sido um procedimento bastante utilizado nos trabalhos de caráter exploratório-descritivo e reafirma a importância de definir e de expor com clareza o método e os procedimentos metodológicos (tipo de pesquisa, universo delimitado, instrumento de coleta de dados) que envolverão a sua execução, detalhando as fontes, de modo a apresentar as lentes que guiaram todo o processo de investigação e de análise da proposta.

A busca dos artigos se deu nas plataformas digitais: *Google* acadêmico,

scielo e na biblioteca digital de teses e dissertações. As palavras usadas nas buscas foram: Gerenciamento de resíduos, odontologia, manuseio dos resíduos, resíduos sólidos em saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A atividade odontológica produz diversos tipos de resíduos correspondentes à diversidade de materiais utilizados, levando em consideração as especificidades de suas clínicas. Os consultórios e clínicas odontológicas, de maneira geral, possuem aparelhos de raio X e, ao realizarem exames radiográficos em pacientes, o odontólogo acaba gerando resíduos químicos, tais como: reveladores e fixadores, filmes radiográficos, lâminas de chumbo e em algumas especialidades odontológicas também são gerados resíduos químicos, a exemplos de materiais de moldagem, cimento, amálgamas, monômeros, polímeros, medicamentos antimicrobianos, entre outros relacionados a atividade.

Os RSS são materiais contaminados por micro-organismos patogênicos que são produzidos nesses locais e seu descarte deve ser realizado de acordo com a classificação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), considerando a natureza principal do resíduo e o seu potencial de risco.

Eles são subdivididos em cinco grupos: A - biológicos; B - químicos; C - radioativos; D - domiciliares; e E - materiais perfurocortantes e escarificantes. Conforme podemos observar na tabela abaixo:

**SABERES CIENTÍFICOS:
SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR**

Simbologia	Orientação
	O Grupo A é identificado pelo símbolo de substância infectante constante na NBR-7500 da ABNT, com rótulos de fundo branco, desenho e contornos pretos.
	O Grupo B é identificado através do símbolo de risco associado, de acordo com a NBR 7500 da ABNT e com discriminação de substância química e frases de risco.
 REJEITO RADIOATIVO	O Grupo C é representado pelo símbolo internacional de presença de radiação ionizante em rótulos de fundo amarelo e contornos pretos, acrescido da expressão REJEITO RADIOATIVO.
	Grupo D – é identificado pelo símbolo de material reciclável. Caso haja reciclagem, a identificação adotada deve usar códigos, cores e nomeações baseadas na Resolução 275/01.
 RESÍDUO PERFUROCORTANTE	O Grupo E é identificado pelo símbolo de substância infectante constante na NBR-7500 da ABNT, com rótulos de fundo branco, desenho e contornos pretos, acrescido da inscrição de RESÍDUO PERFUROCORTANTE, indicando o risco que apresenta o resíduo

Fonte: Adaptada - ABNT, NBR n. 7.500.

Os resíduos devem ser classificados corretamente para que aconteça o manejo correto dos mesmos. O descarte inadequado de resíduos tóxicos pode trazer prejuízos significativos não só para a saúde humana, mas também para o meio ambiente. A título exemplificativo saliente-se que dois importantes resíduos odontológicos – o revelador e o fixador radiográfico – são degradáveis, motivo pelo qual se mostra imperioso o tratamento dos efluentes (PODAVINI ET AL. 2014).

Durante o processamento radiográfico são gerados efluentes (são despejos líquidos provenientes de atividades humanas e industriais) compostos por: revelador, fixador e água de lavagem de filmes radiográficos. A radiografia trouxe inúmeros benefícios à Odontologia, porém o descarte incorreto - pelos cirurgiões-dentistas, auxiliares odontológicos ou trabalhadores responsáveis pela limpeza dos consultórios - dos efluentes gerados em seu processamento é preocupante,

devido a problemas ambientais ocasionados por estas substâncias, tais como: contaminação de lagos, rios e lençóis freáticos (SANTOS, GOMES, 2017).

Devido ao enorme impacto causado ao meio ambiente e também à saúde da população é imprescindível conscientizar os cirurgiões-dentistas, atentando para o descarte correto dos resíduos gerados no processo radiográfico (MOLINA et al., 2014)

De acordo com Souza (2019), a classe odontológica como organização e/ou grupo setorial dispõe de normas e legislações, já citadas anteriormente, as quais são pertinentes ao âmbito dos serviços de saúde para auxiliar os profissionais na empreitada do gerenciamento dos resíduos produzidos. O conhecimento destas regulamentações orienta-os frente às responsabilidades e aos riscos que esses resíduos geram em ambientes laborais.

Segundo a Resolução nº 358 CONAMA, de 29 de abril de 2005, o PGRSS é definido como um documento que mostra e descreve as ações relativas ao manejo dos resíduos sólidos, observando suas características e riscos, no âmbito dos estabelecimentos. Sendo assim, é necessário que os estabelecimentos tenham uma cópia do PGRSS disponível, caso necessário consulta solícitação da autoridade sanitária ou ambiental competente, dos funcionários, dos pacientes e do público em geral.

Os resultados obtidos nos artigos pesquisados para a elaboração deste ensaio, destacam a falta de conhecimento dos profissionais da odontologia dos principalmente no que diz respeito a segregação e ao descarte, desde a geração até disposição final seguindo em ordem lógica as etapas pré-definidas. Souza (2019) afirma que seu estudo permitiu compreender o atual estágio do sistema de gestão da clínica odontológica onde realizou a sua pesquisa. Lá, ficou constatado que a mesma não se encontra de acordo com as normas vigentes e isso gerou resultados consistentes que reforçam a necessidade urgente de adaptação os mesmos, partindo-se da elaboração de PGRSS próprio. Tendo em vista que o mesmo deve ser elaborado de acordo com as especificidades do estabelecimento, a implementação poderá corrigir falhas que não decorrem necessariamente da incapacidade de gerenciamento de seus resíduos e sim da inadequação do plano que vem sendo utilizado atualmente.

Corroborando com esse resultado, temos o estudo de Garbin et al. (2013) que destaca o plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde e afirma que ainda não é uma realidade nas unidades odontológicas públicas e que essa conjuntura de vulnerabilidade demanda mais atenção e responsabilização dos órgãos públicos, e ainda reforça que os impactos negativos causados pelo manuseio incorreto dos resíduos de serviços de saúde afetam diariamente a saúde pública e o meio ambiente.

Embora as pesquisas tenham sido realizadas em anos diferentes os resultados obtidos apontam para a mesma problemática, a ausência de um plano de gerenciamento eficaz e o treinamento da equipe que manuseia esses resíduos. O manejo inadequado dos RSS cria situações de risco e ameaça a saúde da população. A falta de conhecimento acerca de tais mecanismos por parte da gestão e a conscientização por parte dos geradores destas podem ser consideradas outro fator agravante. Deste modo, elaborar e implantar um PGRSS (Programa de Gestão de Resíduos dos Serviços de Saúde) resulta na busca por minimização e organização dos resíduos na origem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, pode-se perceber que a política de gerenciamento de RSS não é cumprida de forma adequada e que os profissionais da odontologia não possuem conhecimento adequado para realizar o manuseio de maneira segura, que não coloque em risco a saúde da população e a poluição do meio ambiente.

Além disso, cumpre salientar que, além de todo manuseio realizado no descarte de resíduos, desde a segregação até a disposição final, é de extrema importância que os trabalhadores envolvidos diretamente com o gerenciamento de resíduos devem ter uma capacitação no momento de sua admissão e deve ser mantido uma orientação de educação continuada para as atividades de manejo de resíduos, incluindo a sua responsabilidade com higiene pessoal, dos materiais e dos ambientes. Essa capacitação deve abordar a importância da utilização correta de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), tais como: uniformes, luvas, aventais impermeáveis, máscaras, botas e óculos de segurança,

específicos para cada grupo de resíduos, bem como é de extrema importância mantê-los em perfeita higiene e estado de conservação.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. ANVISA RDC 222/2018 **Boas Práticas de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.**

Disponível em:
http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/3427425/RDC_222_2018_.pdf/c5d308 . Acesso em: 20 de maio de 2020.

BRASIL. **Conselho Nacional do Meio Ambiente** - CONAMA. Resolução nº 358, de 29 de abril de 2005. Dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos resíduos dos serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, DF. Disponível em: <http://www2.mma.gov.br/port/conama/res/res05/res35805.pdf>. Acesso em: 20 de junho. 2020

CHAVES, L.C. **Acondicionamento inadequado de materiais perfurocortantes: risco potencial à saúde humana e ambiental.** Arq Méd ABC. 2002;

FARIAS, Leila Maria Mattos de. **Impasses e Possibilidades do Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde no Brasil: Um Estudo de Caso no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria - Ensp - Fiocruz.**2005. 149 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Escola Nacional de Saúde Pública, Departamento de Saneamento e Saúde Ambiental, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.

GARBIN, A.J.I.; GOMES, A. M. P.; ARCIERI, R.M.; ROVIDA, T.A.S.; GARBIN, C.A.S. **Sustentabilidade ambiental: gerenciamento de resíduos odontológicos no Serviço Público.** São Paulo: Rev. odontol. UNESP, vol.43, n Especial, p.0, 2014. Disponível em:
<https://www.revodontolunesp.com.br/article/588019ae7f8c9d0a098b52a2>. Acesso em 3 mar.2020.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008

MOLINA AB, BUENO C.S , A. C.A, CASTANHEIRA GM, Hada RA, Ishikiriyama Yt et al., Brassaroto GT. **A radiologia odontológica e o meio ambiente.** Rev Odontol Univ Cid São Paulo. 2014 Jan/Abr

PODAVINI AA, CARVALHO AAF, COCLETE GA, JARDIM Jr EG, OKAMOTO AC, SALZEDAS LMP. **Contaminação ambiental e radiografia convencional: preocupação com descarte das soluções processadoras.** Arch Health Invest. 2014

SANTOS JMR, GOMES AT. **Gerenciamento de efluentes de serviço de Radiologia:** Inquérito realizado em três centros de saúde da região dos lagos estado do Rio de Janeiro. Acta Biomedica Brasiliensia. 2017

SOUZA, M. J.C. **Gestão de Resíduos Sólidos Gerados no Curso de**

Odontologia de uma Instituição de Ensino Superior em Sergipe. 2019.
Monografia (Bacharelado em Administração) - Departamento de Administração do
Centro de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal de Sergipe, 2019.
Disponível em:
https://ri.ufs.br/bitstream/riufs/12406/2/Maria_Janielle_Campos_Souza.pdf.
Acesso em 3 mar.2020

A IMPORTÂNCIA DA HUMANIZAÇÃO NA ATUAÇÃO DO GESTOR HOSPITALAR

Denize Bezerra de Sousa
Shirley Antas de Lima
Victor Viera de Melo Oliveira
Eliane Alves de Melo
Jurandy de Andrade Freire

1 INTRODUÇÃO

O contato direto com seres humanos coloca o profissional de saúde diante de sua própria vida, saúde ou doença, dos próprios conflitos ou frustrações. O acolhimento faz parte de todos os encontros do serviço de saúde, não precisando de local específico, hora certa e nem de um profissional exclusivo. O acolhimento é uma postura ética que tem como objetivo ouvir do usuário suas queixas, reconhecendo e dando devido valor ao processo de saúde e adoecimento do paciente, sanar qualquer dúvida e se responsabilizar pela resolução do problema. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde (Ministério da Saúde, 2008).

O acolhimento é um conceito frequentemente utilizado para expressar as relações que se estabelecem entre usuário e profissionais na atenção à saúde. No entanto, não se trata de uma simples relação de prestação de serviço. Mais do que isso, o acolhimento implica uma relação cidadã e humanizada, de escuta qualificada. (Ministério da Saúde, 2010).

Segundo Martins (2001), a humanização é um processo amplo, demorado e complexo, ao qual se oferecem resistências, pois envolve mudanças de comportamento, que sempre despertam insegurança. A humanização deve caminhar cada vez mais, para se construir como vertente orgânica do sistema clínica de saúde.

De acordo com Pessini (2002) é possível e adequado para a humanização se construir, sobretudo, na presença solidária do profissional, refletida na compreensão e no olhar sensível, aquele olhar de cuidado que desperta no ser humano sentimento de confiança e solidariedade.

Desta forma o presente estudo tem por objetivo relatar como o acolhimento é importante para a humanização do atendimento em serviços de saúde pública, e de que maneira o Gestor Hospitalar poderá contribuir nesse processo de acolhimento, escuta e atendimento humanizado.

A Pesquisa caracteriza-se por uma revisão bibliográfica sobre o tema - A importância da Humanização na atuação do Gestor Hospitalar. Para a realização deste estudo foram utilizados artigos publicados entre 2016 a 2019, disponíveis em plataformas digitais como Scielo, revistas eletrônicas e anais de saúde. Utilizou-se também bibliografias publicadas, entre os anos de 1992 e 2006, devido à regulamentação e implementação do SUS no início da década de 90 e à percepção da necessidade da realização do acolhimento e da humanização na assistência à saúde.

2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A LEI ORGÂNICA 8.080/90

O SUS baseia-se em princípios de universalidade, integralidade, racionalização, equidade, descentralização e controle social. É um sistema de saúde regionalizado e hierarquizado, que integra um conjunto de ações entre a união, Estado, Distrito Federal e Municípios, o qual cada parte possui competência específicas, porém articuladas entre si, o que caracteriza os níveis de gestão do SUS nas três esferas do governo.

Todo cidadão brasileiro tem direito a saúde, independente de classe social, idade e sexo, o seu acesso deve ser universal e igualitário. Direito este garantido na Constituição Federal de 1988 e através de políticas públicas de saúde direcionadas a criação de ações e serviços que visem à promoção, prevenção, proteção, reabilitação e recuperação da saúde nos três níveis governamentais.

A partir da Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica 8080/90, houve a regulamentação do SUS, iniciando um novo momento para a saúde do Brasil. A principal mudança proposta pelo SUS é que a saúde seja considerada direito social. Com uma concepção mais ampla acerca da saúde, é importante ressaltar que são necessários novos planejamentos e estratégias relacionados aos serviços de saúde,

pensando, em uma nova lógica, sua organização e a percepção de cuidado integral (CECÍLIO, 2004)

De acordo com Art. 7º da Lei 8080/90, os serviços e as ações em saúde, públicos e privados, devem seguir as diretrizes previstas no Art. 198 da Constituição Federal (BRASIL, 1988), seguindo os seguintes princípios: a) universalidade de acesso aos serviços de saúde; b) integralidade da assistência; c) preservação da autonomia do usuário; d) igualdade assistência à saúde; e) direito à informação; f) divulgação das informações dos serviços em saúde; g) utilização da epidemiologia para planejar ações e estabelecer prioridades; h) participação da comunidade; i) descentralização político administrativa; j) integração das ações em saúde, do meio ambiente e saneamento básico; k) prestação de serviços à saúde da população que integrem recursos materiais, tecnológicos, financeiros e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios; l) resolutividade em todos os níveis de assistência; e m) organização dos serviços para evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

A lei Orgânica 8.080/90 caracteriza o SUS como sendo um conjunto de ações e serviços, prestados por órgãos e instituições públicas, com o objetivo de reunir todas as instituições sejam elas públicas e privadas em um único sistema de saúde, além de oferecer uma atenção integral a saúde (FONTOURA, 2006).

3 ACOLHIMENTO E HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA

O acolhimento humanizado, a escuta qualificada, a empatia e compreensão das demandas trazidas pelos usuários, compõem a Política de Humanização do SUS, e são aspectos fundamentais, para o desenvolvimento das políticas em saúde, para que a gestão de um serviço de saúde seja organizada e reflexiva, e que as equipes multiprofissionais sejam capacitadas em relação aos ensinamentos técnico-científicos, para o desenvolvimento de práticas voltadas às necessidades dos usuários, e não apenas dos serviços ou profissionais.

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi criada em 2003 com o objetivo de deflagrar movimento ético, político-institucional e social para alterar os modos de

gestão e os modos de cuidado em saúde. A proposta de humanização da assistência à saúde visa a melhoria da qualidade de atendimento ao usuário e das condições de trabalho para os profissionais, também visa ao alinhamento com as políticas mundiais de saúde e a redução dos custos excessivos e desnecessários decorrentes da ignorância do descaso e do despreparo que ainda permeiam as relações de saúde em todas as instancias (Brasil 2005).

De acordo com Takemoto e Silva (2007), o acolhimento significa Humanização, significa reconhecer os sujeitos como pessoas que tem desejos, necessidades e direitos. Dessa forma, a incorporação da proposta de acolhimento pode contribuir para uma efetiva responsabilização clínica e sanitária por parte do sistema de saúde, além de construir vínculos entre usuários e trabalhadores. Isso implica em incorporar esta diretriz na construção das políticas de saúde construindo e fortalecendo o SUS.

O acolhimento consiste na abertura dos serviços para a demanda e responsabilização por todos os problemas de saúde de uma determinada população. A maneira de acolher deve obedecer uma definição objetiva das necessidades de saúde e das formas de lidar com elas, é preciso compreender que a ciência e a técnica não são os únicos definidores das necessidades da saúde, os usuários também definem qual a sua necessidade de saúde, entretanto e a sua demanda necessita ser acolhida, escutada, problematizada e reconhecida como legítima.

A Política Nacional de Humanização (PNH) propõe o acolhimento como uma estratégia para inverter a lógica da organização e do funcionamento das instituições de saúde para que o serviço seja organizado de forma a atender melhor o usuário, e se modifique o modelo assistencial, que antes era centrado no médico e atualmente deve ser centrado em uma equipe multiprofissional ou equipe de acolhimento, empenhada em escutar o usuário, comprometendo-se em solucionar seu problema saúde (BRASIL,2006).

4 ESCUTA QUALIFICADA

De acordo com o dicionário Aurélio escutar significa: dar ouvidos, perceber,

prestar atenção. Quando as pessoas são ouvidas, elas se sentem acolhidas, ouvir é uma maneira de promover uma mudança de atitudes em relação a si próprio e ao outro. As pessoas sentem-se valorizadas, menos defensivas e mais flexíveis. Assim, escutar também agrega um valor àquele que realiza a escuta, pelos benefícios que podem proporcionar ao outro.

A Política Nacional de Humanização (PNH), pressupõe que a escuta é o caminho para o acolhimento e a flexibilização das demandas recebidas no sistema de atendimento a saúde.

Escutar exige a percepção, sensibilidade de compreensão para aquilo que fica oculto no íntimo do sujeito. A audição se refere à captação dos sons, enquanto a escuta diz respeito à captação das sensações do outro, realizando a integração ouvir-sentir. (Ceccin, 2001)

De acordo com Filgueira (1999), escutar transcende o ouvir, visto que não são apenas as palavras que penetram em nosso ser, mas todo o sentido posto nelas pela pessoa que fala. Complementando, a integralidade da pessoa se faz por meio de sua "escuta ativa", quando se escuta objetivamente sua linguagem verbal e não verbal e pela sua subjetividade desvelada nas relações tecidas com o profissional da saúde.

A integralidade é entendida como recusa ao reducionismo e à objetivação do sujeito e afirmação da abertura para o diálogo. Com base nesse conceito, entende-se que a escuta qualificada é uma ferramenta essencial para que o usuário seja atendido na perspectiva do cuidado como ação integral, já que, por meio dela, é possível a construção de vínculos, a produção de relações de acolhimento, o respeito à diversidade e à singularidade no encontro entre quem cuida e quem recebe o cuidado.

5 UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE OU ESF (EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA) E A DEMANDA ESPONTÂNEA

A Estratégia Saúde da Família (ESF) busca promover a qualidade de vida da população brasileira e intervir nos fatores que colocam a saúde em risco, como falta

de atividade física, má alimentação, uso de tabaco, dentre outros. Com atenção integral, equânime e contínua, a ESF se fortalece como a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS). A ESF é composta por equipe multiprofissional que possui, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). (BRASIL, 2018).

De acordo com Santos (2013) a atenção à demanda espontânea é um dos desafios das equipes da ESF, pois as expectativas na sua implantação voltam-se, em geral, para atividades de promoção e proteção da saúde, idealmente com grupos homogêneos como gestantes ou hipertensos. O cotidiano das equipes é, entretanto, marcado pela busca de soluções para problemas interpretados como urgências/emergências pelos usuários e suas famílias, gerando discordâncias e conflitos entre estes e as equipes ou mesmo entre os diferentes profissionais. Um dos grandes desafios dos profissionais da Atenção Primária a Saúde é organizar o processo de trabalho a fim de atender adequadamente a demanda espontânea de modo eficiente, contribuindo para estabelecer vínculos a partir da extensão das ações assistenciais.

Scholze (2014) observou que na prática corrente, as respostas à demanda espontânea são pontuais, voltadas para o que se notabilizou como “apagar incêndios”, à custa do desgaste de todos os envolvidos e, mesmo, da eficácia dos esforços empreendidos. Assim, cada evento não agendado exige a criação de um fluxo *ad hoc* para acessar os recursos humanos e/ou materiais necessários, nem sempre efetivo. Em outros casos, tal rede já está informalmente sedimentada, conforme as disposições e humores de cada profissional, com o conseqüente risco para as relações entre os membros da equipe e a possível sobrecarga daqueles que se mostram mais acessíveis ou resolutivos.

Uma das soluções viáveis a Gestão, seria a construção coletiva de um fluxo de trabalho, em que cada membro da equipe teria sua função claramente definida, tanto para situações emergenciais como programadas, de modo a valorizar as competências de todos os membros da equipe. Nesse processo o diálogo entre os profissionais fluiu de maneira simples, atendendo as necessidades demandadas dos

usuários e evitando sobrecarga e esforços repetitivos de profissionais específicos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acolhimento é um método designado para colaborar com a qualificação dos sistemas de saúde, de forma que possibilite ao usuário o acesso a um atendimento justo e integral, por meio da multiprofissionalidade e da intersetorialidade. É uma ferramenta capaz de possibilitar que o SUS efetive seus princípios constitucionais.

Para que o acolhimento aconteça de forma efetiva o Gestor deve possuir um perfil de liderança situacional, cientes do seu papel de dirigir as atividades para desenvolver as pessoas e levá-las a realizar a contento suas responsabilidades no atendimento à população, ao paciente e à família.

O bom andamento das atividades em uma UBS ocorre quando a equipe está a par do diagnóstico da comunidade para que aconteça as atividades assistenciais, sendo que, através das reuniões administrativas entre a equipe que é possível definir as necessidades da população para que haja um planejamento para resolução dos problemas.

A Gestão necessita de habilidades estratégicas para compreender que seu papel é saber lidar com numerosos acontecimentos inesperados com o usuário, saber se relacionar com a equipe multiprofissional, esta ciente dos procedimentos médicos assistenciais e saber intermediar possíveis conflitos. Um bom gestor acolhe, escuta e viabiliza meios para que a humanização ocorra, pois a literatura sinaliza que o acolhimento tem se constituído em um permanente desafio, repleto de tensões. Entretanto tem contribuído para uma (re) significação do processo de trabalho e impactado de forma positiva a atenção à saúde dos usuários.

REFERENCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção a Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2ed. Brasília: Ministério da Saúde: 2006.

Brasil. (2010). Política nacional de humanização. Humaniza SUS. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=389>.

FILGUEIRAS SL, DESLANDES SF. Avaliação de atividades de aconselhamento: análise de uma perspectiva de prevenção centrada na pessoa. Cad .Saúde Pública. 1999.

FONTOURA, R.T., MAYER, C.N. Uma breve reflexão sobre a integralidade. Revista Brasileira de enfermagem. Brasília, v.59, n.4, p.532-572, jul. 2006.

MARTINS, M. C. F. (2001). Humanização das relações assistenciais de saúde: a formação do profissional de saúde. São Paulo: Casa do Psicólogo.

PESSINI, L. (2002). Humanização da dor e sofrimento humano no contexto hospitalar. Bioética, Brasília, Conselho Federal de Medicina, 10(2). Disponível em: <<http://www.cfm.org.br>>. (Acesso em 05 de out de 2019).

PUCCINI, T; CECÍLIO, L.C. A humanização dos serviços e o direito à saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, set. /out. 2004.

SANTOS T.V.C; PENNA C.M.M. Demandas cotidianas na atenção básica: a visão de profissionais e usuários de saúde. Rev. Texto Contexto Enferm. 2013. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000100018>. Acesso em 15 de out de 2019.

SCHOLZE A.S. Acolhimento com classificação de risco para a Estratégia Saúde da Família: a prática em uma unidade docente-assistencial. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc>. Acesso em 30 de out.2019

SCHIMITH, M.D.; LIMA, M.A.D.S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.20, n.6, p. 1487-1494, nov/dez. 2004.

TAKEMOTO, M.L.S.; SILVA, E.M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.331-340, jan/fev. 2007.

A IMPORTÂNCIA DA HUMANIZAÇÃO, AMBIENTAÇÃO E DA LUDOTERAPIA NO PROCESSO RECUPERAÇÃO INFANTIL

Andréa Travassos de Melo
Ramom Neves Balduino
Eliane Alves de Melo
Jurandy de Andrade Freire
Ysa Helena Diniz Morais de Luna

INTRODUÇÃO

O ambiente hospitalar, geralmente, pode ser caracterizado como frio, branco e impessoal. Por esse motivo, quando internados para tratamento em tais locais, as crianças e os jovens sofrem muito, principalmente quando precisam ficar sozinhos, uma vez que alguns hospitais não permitem a permanência dos pais ou responsáveis junto às crianças internadas. Essa proibição, inclusive, implica experiências negativas e traumáticas para as crianças, baixando sua imunidade física e tornando-as mais

vulneráveis a doenças, conseqüentemente prejudica-se o andamento do próprio tratamento em curso (FREITAS; PERFEITO, 2015).

Os autores supracitados em estudos mostram que há várias formas de fazer com que as crianças se sintam seguras e estimuladas, como a humanização dos ambientes, as atividades lúdicas, as musicoterapias, as terapias com animais e as ações com super-heróis. Tais técnicas têm o intuito de fazer com que elas se afastem, mesmo momentaneamente da realidade dolorosa que estão vivendo, reduzindo seu estresse, sua ansiedade e sua insegurança.

Sendo assim a humanização nos serviços de saúde tem o intuito de ofertar atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais (BRASIL, 2018)

A humanização deve ser abrangente, como também deve atingir todos os setores do hospital. No entanto, é oportuno escolher as primeiras áreas a serem trabalhadas, assegurando ao processo um resultado impactante e sustentável. É importante a identificação dos problemas mais emergenciais, os quais devem ser objeto de priorização na elaboração dos planos de ação. Ressalta-se que as ações pontuais de unidades específicas devem ter o tratamento adequado, a fim

de propiciar um ambiente favorável à humanização em toda a instituição. É fundamental assegurar que as pessoas sejam tratadas com dignidade, compaixão e respeito (BRASIL, 2018). As crianças e adolescentes acometidas com câncer passam por um longo período de tratamento, ficando muitas horas por dia no hospital, portanto, a doença é uma situação de crise, altera a vida da criança e sua família, suscita ansiedade, angústia e conflitos. O processo de hospitalização infantil é marcante na vida de qualquer criança, uma vez que neste momento ela se percebe frágil e impossibilitada de realizar suas atividades, alterando a sua rotina diária como brincar e ir à escola (DESIDERATA, 2015).

Quanto mais complexa a patologia da criança, maior a necessidade de assistência interdisciplinar, com olhares diversos que busquem alternativas para a melhoria da sua saúde e qualidade de vida. Assim, a ambientação adequada pode ser uma forma de enfrentamento desta situação de hospitalização, bem como uma forma de humanizar as relações no contexto da internação. Qualquer procedimento ou intervenção cirúrgica anunciada à criança promove, angústia, ansiedade e sofrimento, pois sabe que tais procedimentos vão gerar dor física e desconforto (VIEIRA, 2014). As crianças oncológicas apresentam vários sentimentos, sendo estes positivos e/ou negativos e necessitam de um tratamento mais humano, que envolva os aspectos físicos e emocionais, (SANTOS; SOUZA, 2017).

Sendo assim ocorre a preocupação com a qualidade do ambiente hospitalar e dessa forma cresce a necessidade de edificações que contribuam para o processo de recuperação dos pacientes. Uma das formas de colaborar para essa melhora se dá por meio da humanização, seja do serviço prestado e/ou da estrutura física do local. Nesse sentido, a arquitetura hospitalar humanizada tem um papel imprescindível, uma vez que para a criação de ambientes são levados em consideração os aspectos físicos, psicológicos, sociais, emocionais e éticos dos usuários, o que proporciona a concepção de espaços que ofereçam as condições necessárias tanto aos profissionais da saúde quanto aos enfermos (SANTOS, 2017).

O ambiente dedicado especialmente à criança e ao adolescente não é somente um diferencial, mas um ponto essencial para o tratamento de qualidade. O ambiente alegre, sensorial e lúdico pode influenciar o clima hospitalar, amenizar

os impactos do tratamento e contribuir para mais chances de cura. Ao longo dos últimos anos, esses espaços ambientados têm beneficiado pacientes, cuidadores e profissionais de saúde, e ainda é um dispositivo que facilita a adesão ao tratamento, sentimento de pertença, e acolhimento (DESIDERATA, 2015)

Ao longo dos anos, o conceito de saúde foi sendo ampliado considerando não só a ausência da doença, mas as diferentes necessidades dos indivíduos modernos e suas demandas de cuidados mais complexos. Foi nesse contexto que ações relacionadas à acessibilidade, acolhimento e ambiência entraram no cotidiano dos serviços de saúde pública, integrando os desafios atuais dos gestores para que ofereçam um cuidado não só integral, mas humanizado. Nos serviços de saúde, a ambiência é marcada tanto pelas tecnologias médicas ali presentes quanto por outros componentes estéticos ou sensíveis apreendidas pelos sentidos da visão, do olfato e da audição como por exemplo, a luminosidade e os ruídos do ambiente, a temperatura, entre outros (BRASIL, 2014).

Dessa forma, o espaço precisa transmitir aconchego e tranquilidade, para as crianças e jovens hospitalizados para assim, promover um melhor tratamento. O ambiente tem um impacto importante no comportamento do ser humano, as cores, luzes e equipamentos adequados podem estimular a melhoria do indivíduo hospitalizado, constituindo-se em um instrumento terapêutico. Assim, a transformação

de um ambiente hospitalar em um espaço de cuidado bonito e alegre, justifica a validade do investimento em ambientação, em especial quando o local é voltado para o público infanto-juvenil (DESIDERATA, 2015).

Acredita-se que a ambientação dos espaços seja o primeiro passo em direção à humanização do cuidado e passe a ser vista pelos serviços de saúde como ação estratégica, em especial no tratamento prolongado de crianças e adolescentes. Portanto esse estudo justifica-se pelo fato

A justificativa da referente temática se deu na disciplina de arquitetura hospitalar, onde ao confeccionar uma trabalho sobre a temática, percebeu-se a importância da ambientação e do lúdico como forma de motivação no processo de hospitalização de crianças.

Portanto questiona-se: Qual a importância da humanização, ambientação e da ludoterapia no processo de recuperação infantil?

O objeto da referente pesquisa é evidenciar através da literatura científica a importância da humanização, ambientação e da ludoterapia no processo de recuperação infantil.

MÉTODO

O estudo foi realizado por intermédio de uma revisão integrativa que gerou uma integração de análise de pesquisas relevantes e que serviram de base, promovendo um auxílio em discussões sobre métodos e resultados de pesquisas (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008)

O método utilizado teve como objetivo a compreensão e o conhecimento sobre estudos anteriores. Tendo como norte a vantagem de inclusão de pesquisa experimental e quase experimental que se resultou numa percepção mais objetiva e completa do tema abordado. Este método teve como evidências demasiadas funcionalidades onde dentre elas estão: definição de conceitos, revisão de teorias ou análise metodológica. De acordo com as diversidades trabalhadas no método foi observado um quadro de conceitos relevantes, de teorias relativas a humanização da ambientação no serviço de oncologia pediátrica. (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

O desenvolvimento da pesquisa foi realizado em 6 etapas descritas a seguir: A primeira etapa foi realizada de acordo com a determinação do tema e a elaboração da questão pesquisa. No segundo momento foi realizada uma busca nas bases de dados eletrônicas disponíveis. A terceira etapa sistematizou-se a categorização do estudo. Na quarta etapa houve uma análise crítica a respeito dos estudos incluídos. A quinta etapa foi composta uma relação a respeito da interpretação dos resultados. A sexta e última etapa consistiu-se na apresentação clara e total da revisão. (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A pesquisa foi realizada na biblioteca virtual de saúde (BVS); Literatura latino-americana e do caribe em ciências da saúde (LILACS), utilizando-se os seguintes descritores: arquitetura hospitalar AND humanização e Humanização AND ludoterapia.

A partir de então elencou-se os critérios de inclusão da amostra da pesquisa para: texto disponível completo, idioma português, documentos do tipo artigo, período de publicação dos estudos entre o período de 2008 a 2018. Dentre

os critérios de exclusão, estão os artigos que não estavam relacionados com a temática, os que se repetiram nas bases de dados, os que não contemplaram o período do recorte temporal e os que estavam em idiomas inglês e espanhol.

No cruzamento com os descritores arquitetura hospitalar AND humanização e Humanização AND ludoterapia obteve-se um universo de 28 estudos, que através dos critérios de inclusão estabelecidos pela pesquisa 18 artigos formaram a população e com os critérios de exclusão 10 artigos compuseram a amostra final.

A apresentação dos resultados e discussão final foi feita de forma descritiva, apresentando um quadro contemplando às seguintes variáveis: ano de publicação; título, autores, objetivo, periódico, modalidade e base de dados, como mostra o quadro 1. Foi apresentado em estatística simples por porcentagem gráficos referente a ano das publicações, base de dados e periódicos. A discussão foi realizada através do agrupamento de ideias dos estudos selecionados para referente pesquisa

RESULTADOS

Quadro 1 - Artigos selecionados para pesquisa

Cod.	Título/ Ano	Autor	Objetivo	Base de dados
01	Importância das atividades lúdicas na terapia oncológica infantil 2016	PAIXÃO, Adriele Brito; DAMASCENO, Tais Araujo Silva; SILVA, Josielson Costa.	Discutir a importância da ludoterapia no cuidado à criança hospitalizada com câncer, identificar os tipos de atividades lúdicas desenvolvidas durante o processo de hospitalização e os benefícios da realização da atividade lúdica para a criança com câncer.	BDENF
02	Influência de um ambiente lúdico sobre o poder vital de crianças em quimioterapia ambulatorial,	GOMES, Isabelle Pimentel	Analisar a influência de um ambiente ambulatorial lúdico sobre o poder vital de crianças em quimioterapia, de	BDENF

**SABERES CIENTÍFICOS:
SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR**

	seus acompanhantes e da equipe de enfermagem 2015		seus acompanhantes e da equipe de enfermagem.	
03	A influência do lúdico no cuidado humanizado a pacientes oncológicos pediátricos no hospital do município de Aracaju-Se 2014	MOURA Silva, Glebson et al.	Conhecer como as atividades lúdicas contribuem para o cuidado humanizado às crianças com câncer internadas em instituição de saúde.	BDENF
04	Ambiência como estratégia de humanização da assistência na unidade de pediatria: revisão sistemática 2014	RIBEIRO, Juliane Portella; GOMES, Giovana Calcagno; THOFEHRN, Maira Buss	Identificar e analisar a produção de conhecimento acerca das estratégias que as instituições de saúde têm implementado para humanizar a assistência à criança hospitalizada.	LILACS
05	A estruturação de um serviço de cuidados paliativ	GARCIA, João Batista Santos; RODRIGUES,	Compartilhar a experiência ocorrida em um hospital de referência em oncologia do Estado do Maranhão e novos rumos da arquitetura de tais estabelecimentos	LILACS
		Rayssa Fiterman; LIMA, Sara Fiterman.	apresentar iniciativas que auxiliaram no desenvolvimento do Serviço de CP.RELATO DA EXPERIÊNCIA: no hospital, havia um Serviço de Dor e CP ambulatoriais, porém sem leitos especializados.	
06	O Lúdico como	JONAS, Marcela	Abordar a importância do	LILACS

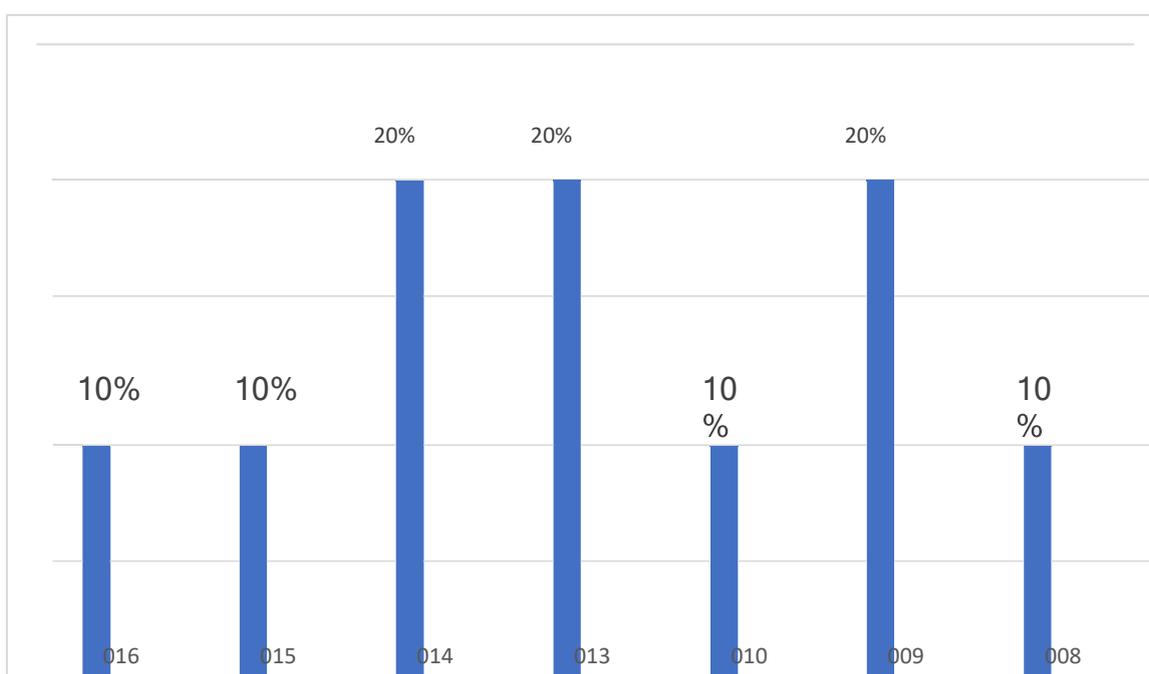
**SABERES CIENTÍFICOS:
SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR**

	estratégia de comunicação para a promoção do cuidado humanizado com a criança hospitalizada 2013	Fonseca et al.	lúdico como uma estratégia de comunicação para humanizar o cuidado com a criança hospitalizada.	
07	Satisfação de clientes hospitalizados em relação às atividades lúdicas desenvolvidas por estudantes universitários 2010	SIMÕES, Ana Lúcia de Assis et al.	Caracterizar os clientes internados no HC/UFTM e verificar a opinião sobre sua satisfação em relação às atividades lúdicas realizadas pelo grupo SARA KURA	LILACS
08	Humanização: representações sociais do hospital pediátrico 2009	BERGAN, Carla et al.	Investigar os aspectos da arquitetura e ambiente construído no processo de humanização do hospital pediátrico e sua influência na recuperação da criança hospitalizada.	LILACS
09	A ludoterapia na doença crônica infantil 2009	BARROS, Danielle Marotti de Souza; LUSTOSA, Maria Alice	Mostrar a importância do brincar na infância e enumerar as questões relacionadas na doença crônica, referentes às implicações que esta doença possa trazer neste período da vida	Index x Psicologia
10	Ambientes de Saúde: o estado da arte	VIANNA, Luciana de Medeiros;	Discutir a relação entre saúde,	LILACS

	da arquitetura hospitalar frente aos desafios contemporâneos 2008	BRUZSTYN, Ivani; Santos, Mauro.	doença e o espaço hospitalar, expondo pontos considerados marcantes para o entendimento dos	
--	---	---------------------------------	---	--

Fonte: Própria, 2018.

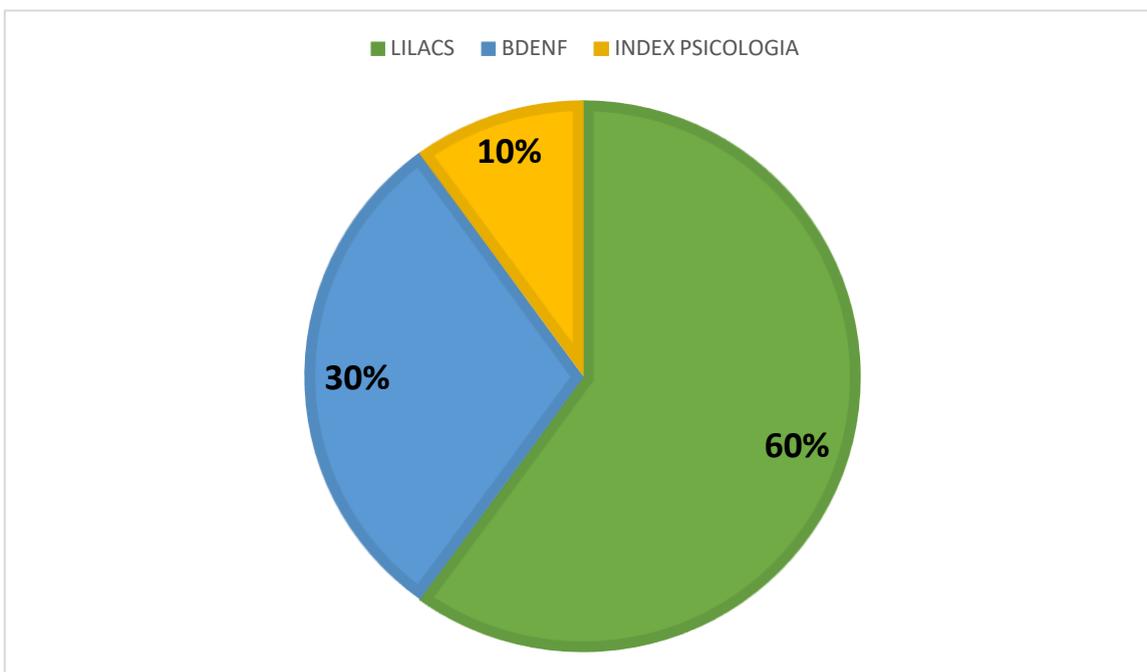
Gráfico 1 - Ano de publicações dos artigos inseridos na amostra



Fonte: Própria, 2018.

Os anos que mais obtiveram publicações referente a temática abordada na pesquisa foram: 2014, 2013 e 2009 com 20% (n=2) dos artigos cada; seguido dos anos 2016, 2015, 2010 e 2008 cada um apresentaram 10% (n=1) dos artigos publicados, como mostra o gráfico 1.

Gráfico 2 – Base de dados



Fonte: Própria, 2018

Quanto à base de dados, o gráfico 2 evidencia que a LILACS apresentou maior número de publicações relacionados à temática da referente pesquisa com 60% (n=6), seguida da BDNF que obteve 30% (n=3) das publicações e BDNF 10% (n=1).

DISCUSSÃO

Para Ribeiro; Gomes; Thofehr (2014) a Política Nacional de Humanização (PNH) propôs uma ferramenta considerada primordial para melhorar a assistência à criança hospitalizada na unidade pediátrica, através de uma arquitetura que promove um ambiente acolhedor, harmônico e um bem-estar não só para a criança, mas também para familiares. No estudo de Ronchi; Avellar (2015) também foi abordada a PNH como forma de influenciar nas intervenções da ambiência como estratégias de intervenção nos espaços de saúde.

Já para Vianna, Bruzstyn (2008) existe uma relação entre o espaço físico do hospital e saúde-doença, ou seja, além de acomodar procedimentos, rotinas, pessoas e equipamentos o hospital deverá também se mostrar apto ao acolhimento dos usuários do local, principalmente pacientes e visitantes. Reforça

ainda, que o ambiente deve ter a capacidade de acolher e contribuir para o restabelecimento dos pacientes, o ambiente deve participar do processo terapêutico, através de medidas que envolvem controle da privacidade, visibilidade do exterior do edifício, acesso à natureza e conforto ambiental.

Com base nos estudos realizados por Garcia, Rodrigues e Lima (2013), foi evidenciado em um projeto realizado por 11 acadêmicos de arquitetura da Universidade Estadual do Maranhão (UEMA), onde foram desafiados a efetivar um projeto denominado de quarto dos sonhos, que tinha como propostas criar uma ambiência para indivíduos que não possui mais expectativa de cura, mas que necessitam de apoio biopsicossocial. Contudo o projeto contemplava leitos confortáveis, painéis nas cabaceiras, poltronas para os acompanhantes, mesas para leitura, local para guardar pertences, murais de fotos, papéis de parede, frigobar, televisão, ar-condicionado, tudo que fosse útil para fazer jus ao nome do projeto desde o piso e a iluminação até os leitos.

Sabe-se que a permanência do paciente e seus acompanhantes em ambientes hospitalares é um fator estressante, com isso pode-se observar que além da ambiência as atividades lúdicas também são apontadas como fator importante. No estudo de Simões et al. (2010) apresentou um índice de aceitação devido a busca por promoção de atividades lúdicas através da música, teatro, brincadeiras e conversas, assim resultou em um anseio de permanecer nas enfermarias, como também, o retorno para realização de outras atividades.

Jonas et al. (2013) aponta que aplicabilidade lúdica no desenvolvimento infantil contribui para que a criança passe a compreender a realidade em sua volta, considerado um importante tema no recurso comunicativo, o uso deste método permite envolver o profissional de saúde e a criança que tende a ser conduzida a ter uma melhor aceitação na sua hospitalização minimizando o estresse a ansiedade.

As atividades lúdicas são essências no tratamento das crianças oncológicas, onde Paixão, Damasceno e Silva (2016), puderam mostrar que a internação tende a interferir na qualidade de vida da criança e no seu bem-estar, portanto, o uso das atividades lúdicas, geram diversão, movimento, socialização, alegria e contribui para a aprendizagem e o seu desenvolvimento.

A brinquedoteca hospitalar foi referenciada por Barros e Lustosa (2009) como uma forma de aproximar a criança da sua vida normal, estimulando-a no

processo educacional auxiliado pelo pedagogo, assim como, o psicólogo nas questões emocionais. Todavia, a brinquedoteca possui um impacto positivo tendo em vista que contribui para ampliar as chances de sobrevivência com qualidade em pacientes da oncologia pediátrica (SILVA et al. 2014).

Sendo assim, Bergan et al. (2009) respalda a importância PNH no processo de hospitalização, necessitando de espaço ambientado voltados para o público infantil auxiliando no processo de cura.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ambientação de um espaço deve ser uma oportunidade para dar início ou potencializar as ações de humanização na unidade de saúde. A proposta não é somente a criação de espaços diferenciados e agradáveis, mas também a revisão de valores essenciais para o cuidado em saúde. Rever estes valores não consiste numa tarefa fácil, pois é o início ou a retomada de um movimento de mudança que requer o envolvimento direto e intenso da gestão hospitalar, das chefias de setor e das lideranças internas, incluindo usuários.

O presente estudo busca contribuir de forma benéfica para a gestão hospitalar enfatizando uma nova visão sobre a ambientação e a ludoterapia no momento da hospitalização de crianças, evidenciando a importância de uma avaliação da PNH para a reestruturação da ambiência hospitalar, como também a forma de manter o paciente confortável durante sua hospitalização.

Percebe-se a necessidade de novos estudos sobre essa temática, para que os gestores hospitalares percebam a importância da ambientação e da ludoterapia no enfrentamento da doença em crianças hospitalizadas.

REFERÊNCIAS

SIMÕES, Ana Lúcia Assis et al. Satisfação de clientes hospitalizados em relação às atividades lúdicas desenvolvidas por estudantes universitários. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 1, 2010.

BARBOSA, Guilherme Correa; MENENGUIM, Silmara; LIMA, Silvana Andréa Molina; MORENO, Vania. Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 66,

n.1 p. 123-127, jan-fev, 103. Disponível em:

[tp://www.scielo.br/pdf/reben/v66n1/v66n1a19.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n1/v66n1a19.pdf)>. Acesso em 12 de dezembro 2018

BARROS, Danielle Marotti de Souza; LUSTOSA, Maria Alice. A ludoterapia na doença crônica infantil: Play therapy in chronic childhood. **Revista da SBPH**, v. 12, n. 2, p. 114-136, 2009.

BERGAN, Carla et al. Humanização: representações sociais do hospital pediátrico. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 30, n. 4, p. 656, 2009.

BRASIL. Ministério da Educação. Serviço de Gestão da Qualidade. Coordenadoria de Gestão da Clínica Diretoria de Atenção à Saúde. **Diretriz EBSEERH de humanização: Assistência humanizada para melhoria da qualidade em saúde** – 1. Ed. - Brasília, DF, 2018. Disponível em:

<<http://www.ebserh.gov.br/documents/695105/2749071/Diretriz+Humaniza%C3%A7>

[7](http://www.ebserh.gov.br/documents/695105/2749071/Diretriz+Humaniza%C3%A7)
[%C3%A3o.pdf/614821e2-79b1-44d4-bd17-f6c7752ed0fe](http://www.ebserh.gov.br/documents/695105/2749071/Diretriz+Humaniza%C3%A7)>. Acesso em 08 de dezembro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. - 2. ed. - Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010. 32 p. - (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_textos_cartilhas_politica_hum a nizacao.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_textos_cartilhas_politica_humanizacao.pdf)>. Acesso em: 10 de dezembro 2018.

FREITAS, Ana Lúcia de Jesus; PERFEITO, Poliana Machado Nunes. **Design gráfico aplicado à sala de tomografia visando o bem-estar das crianças. Trabalho de Conclusão de Curso**, Tecnologia em Design Gráfico, Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2015. Disponível em: <<http://repositorio.uniceub.br/bitstream/235/7655/1/21475562.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2018.

GOMES, Isabelle Pimentel et al. Influência de um ambiente lúdico sobre o poder vital de crianças em quimioterapia ambulatorial, seus acompanhantes e da equipe de enfermagem. 2015.

KLATCHOIAN, D. et al . Qualidade de vida de crianças e adolescentes de São Paulo: confiabilidade e validade da versão brasileira do questionário genérico Pediatric Quality of Life Inventory™ versão 4.0. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 84, n. 4, ago. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572008000400005>. Acesso em: 12 de dez. 2018.

INSTITUTO DESIDERATA, 2018. Disponível em: <www.desiderata.org.br>. Acesso em: 12 dez. 2018.

JONAS, Marcela Fonseca et al. O lúdico como estratégia de comunicação para a promoção do cuidado humanizado com a criança hospitalizada. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 17, n. 4, p. 393-400, 2014.

MOURA SILVA, Glebson et al. A influência do lúdico no cuidado humanizado a pacientes oncológicos pediátricos no hospital do município de Aracaju-Se. **Rev. iberoam. educ. invest. Enferm**, v. 4, n. 3, p. 26-35, 2014.

MENDES, Karina dalSasso; SILVEIRA, Cristina de Campos; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis. V.17, n.4,p:758-764.2008. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>Acesso em:dez.2018.

PAIXÃO, Adriele de Brito; DAMASCENO, Taís Araujo Silva; SILVA, Josielson Costa da. Importância das atividades lúdicas na terapia oncológica infantil. **CuidArte, Enferm**, v. 10, n. 2, p. 209-216, 2016.

PROENÇA, A. et al. **Humanização em Oncologia Pediátrica: uma experiência de ambientação de hospitais públicos no rio de janeiro** Disponível em: <http://www.desiderata.org.br/assets/livro_sistematizacao.pdf>. Acesso em: 10 de dezembro 2018.

RIBEIRO, Juliane Portella; GOMES, Giovana Calcagno; THOFEHRN, Maira Buss. Ambiência como estratégia de humanização da assistência na unidade de pediatria: revisão sistemática. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 3, p. 530- 539, 2014.

SANTOS, Bruna Rodrigues Araújo; SOUZA, Michelle Ribeiro Cordeiro. Atuação da equipe de enfermagem no cuidado humanizado as crianças oncológicas hospitalizadas. In: **Simpósio de atenção integral à saúde da criança e do adolescente**. Paraná, 2017. Disponível em: <<http://anais.uel.br/portal/index.php/index>>. Acesso em: 10 dez. 2018.

SANTOS, Iasmim Maria Soares dos. **HOPE: estudo preliminar de um hospital especializado em oncologia pediátrica para Natal/RN**. 2017. 94f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Arquitetura e Urbanismo) - Departamento de Arquitetura e Urbanismo, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2017. Disponível em: <<https://monografias.ufrn.br/jspui/handle/123456789/5014>>. Acesso em: 10 de dezembro 2018.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2013. Disponível em: <<http://www.rj.gov.br/web/ses/exibeconteudo?article-id=1653390>>. Acesso em: 10 de dez. 2018

VIANNA, Luciana de Medeiros; BRUZSTYN, Ivani; SANTOS, Mauro. Ambientes de saúde: o estado da arte da arquitetura hospitalar frente aos desafios contemporâneos. **Cad. saúde colet. Rio J.**, v. 16, n. 1, p. 7-20, 2008.

VIEIRA, Ana Cristina de O. Almeida; POSSARI, Maria de Lourdes; SANTOS, Ana Regina dos; SROUGI, Miguel. Assistência à criança hospitalizada e o brincar no hospital, p. 150 . In: **Anais Internacional de Humanidades & Humanização em Saúde [= Blucher Medical Proceedings, vol.1, num.2]**. São Paulo: Blucher, 2014. Disponível em: <
<http://www.proceedings.blucher.com.br/article-details/assistncia-riana-hospitalizada-e-o-brincar-no-hospital-9567>>. Acesso em: 10 de dezembro 2018.

HUMANIZAÇÃO: UMA ANÁLISE SOBRE A POSTURA PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO NO CENTRO CIRÚRGICO

Edneuzza José Soares
Diego da Silva dos Santos
Shirley Antas de Lima
Eliane Alves de Melo
Jurandy de Andrade Freire
Christiane Patricia Ferraz Rabelo

1 INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos, vem-se observando, por parte dos profissionais da saúde, uma perda de valores humanizantes por parte daqueles que buscam a assistência médica, havendo assim, a necessidade do aprimoramento de a toda equipe dos hospitais, a fim de proporcionar uma assistência verdadeiramente humanizada. Muitas vezes, o direito do paciente, que é garantido por lei, é negligenciado pelos profissionais dos serviços de saúde, tanto no setor público como no privado (SANTOS; FREITAS, 2009).

O processo de humanização é caracterizado por gestos simples, como ouvir e se colocar no lugar do outro com empatia. A partir deste ponto, o relacionamento e o contato direto entre o usuário e o profissional são fortalecidos de forma humanizada (CALEGARI et al. 2015).

O Ministério da Saúde, sabendo da importância do processo de humanização, lança no ano de 2003 a Política Nacional de Humanização (PNH) para atuar nos princípios organizacionais do serviço de saúde com cuidados centrados no paciente, contemplando todas as pessoas com este atendimento. A PNH ressaltou a importância em humanizar as relações entre pacientes e profissionais de saúde e, assim, dentro da PNH, está o acolhimento como um dispositivo para proporcionar mudanças nas práticas de saúde, a qual precisa responder às necessidades dos pacientes, bem como envolvê-los efetivamente no processo de cuidar (MORAIS; WÜNSCH, 2013).

A humanização deve estar em todos os ambientes, principalmente nos hospitais e em setores, como por exemplo, os centros cirúrgicos, que necessitam de maior atenção e cuidados por parte dos enfermeiros. Uma das formas de conseguir esse objetivo é deixar o paciente a par dos regulamentos e da conduta

hospitalar. Desta forma, ele compreenderá o processo saúde-doença e também saberá que seus direitos com relação à saúde serão respeitados (SANTOS et al. 2012).

Atualmente os procedimentos cirúrgicos são comuns, sejam eles de baixa ou de alta complexibilidade. O atendimento no centro cirúrgico inicia-se quando o paciente é recebido por um ou mais enfermeiros e, levando-se em conta a humanização, estes deverão ser: corteses, educados e compreensivos, sempre buscando entender e considerar as condições do paciente, o qual, normalmente, se encontra sob efeito de medicamentos. Além de o setor cirúrgico ser um ambiente hostil para o paciente, por se tratar de um local totalmente desconhecido, (devido ao excesso de iluminação, a baixa temperatura e de ter muitos instrumentos de corte visíveis), ele também é, muitas vezes, desconfortável. Tudo isso, além do distanciamento da vida social e familiar, proporcionará medo, estresse, insegurança, ansiedade ao paciente e, muitas vezes, esse panorama ainda é mais agravado pelo fato de o paciente não ser tratado pelo nome e sim pelo número do leito, ou pelo nome de sua patologia (BEDIN et al. 2011). Neste momento o enfermeiro que segue o processo de humanização desempenha um papel de extrema importância, promovendo o bem estar do paciente e buscando reduzir, ao máximo, os agentes estressantes que poderão ocorrer na ocasião ele proporcionará segurança, apoio e conforto ao mesmo (SOARES et al. 2012).

De acordo com Smeltzer e Bare (2002), compete ao profissional da enfermagem possuir os conhecimentos legais para prestar cuidados com qualidade, tanto social e física quanto biológica do paciente. Observando a necessidade de intensificar a atenção humanizada por parte da equipe de enfermagem em centro cirúrgico, este trabalho tem como objetivo realizar uma revisão bibliográfica no banco de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), com os seguintes descritores humanização e centro cirúrgico com foco no enfermeiro.

2 REVISÃO LITERÁRIA

2.1 Centro Cirúrgico

O Centro Cirúrgico (CC) é um espaço pouco conhecido por parte dos

pacientes e caracteriza por ser área ‘crítica’ com muita iluminação e grande disponibilidade de instrumentação cirúrgica, provocando ao paciente desequilíbrio físico, estresse, desconforto, medo, insegurança, alteração da autoestima, ansiedade e muitas vezes frustrações (GIRON; BERARDINELLI, 2015). É uma área estranha ao paciente e muitos deles não se sentem a vontade quando precisam se submeter-se a um procedimento cirúrgico, e são levados a uma sala tão iluminada e com tantos instrumentos que são estranhos e muitos deles cortantes.

Levando em consideração que o paciente apresenta uma maior vulnerabilidade na etapa pré-operatório, em virtude da tensão proporcionada pelas alterações emocionais, muitas vezes há o pensamento de que o procedimento cirúrgico pode ser uma ameaça à sua vida, além de ter dúvidas acerca da cirurgia, de limitações, da anestesia, de sequelas, estéticas, entre outros fatores provenientes de um procedimento cirúrgico um momento de tensão e preocupação (CHISTÓFORO et al. 2016).

De acordo com Oliveira et al. (2016), a equipe de Diante de tudo o que foi dito anteriormente chega-se a conclusão de que a boa relação entre o enfermeiro e o paciente é crucial, ela deve ser contruída por meio de uma comunicação efetiva para que as necessidades humanas básicas sejam atendidas da melhor forma possível, assim, proporcionar melhor conforto em enfermagem é responsável pelo preparo do paciente no pré e no pós-operatório, diversas ações de cuidados de enfermagem são estabelecidas e realizadas antes e após o procedimento cirúrgico, tais como conforto. Esta assistência pode ser realizada por meio do processo de enfermagem aplicada ao paciente cirúrgico denominado de Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatório (SAEP).

Segundo Oliveira e Kruse (2016), a enfermagem sempre foi considerada o centro da assistência humanizada na saúde do paciente, sendo esta essencial já que a profissão envolve cuidar, amar, ter compaixão, tolerância, benevolência, dedicação, compreensão, respeito e valorizar o homem, seus problemas e aspirações, além de, principalmente, atender ao elemento espiritual. Mas, com o passar dos anos e com avanço tecnológico, essa essência vem se perdendo, os enfermeiros, em sua maioria, têm deixado de ouvir os usuários e pouco têm se dedicado na relação para com o próximo, deixando a desejar nos aspectos

terapêutico e na demanda emocional e psicológica.

2.2 Humanização

O uso do termo humanização, nos tempos atuais, remete aos valores humanos esquecidos em virtude do capitalismo multinacional, da globalização econômica e também pelo fato de todos possuírem uma vasta lista de atribuições no dia a dia. Desta forma, o termo humanização da assistência à saúde do paciente destaca a necessidade atual de recuperar a essência do cuidado humanizado, o qual deve considerar os aspectos biopsicossocioespirituais e a individualidade do ser cuidado (OMS, 2009). O termo humanização pode ser considerado uma referência ética de orientação para as práticas de saúde

Não se trata apenas de chamar o paciente pelo nome ou demonstrar empatia, significa compreender seus medos, suas angústias e incertezas, oferecendo apoio e atenção contínua. Humanizar é entregar-se de maneira sincera e leal ao outro e saber ouvir com ciência e paciência as palavras e os silêncios, valorizando a essência humana para a efetividade do cuidado (GIRON et al. 2013).

O avanço tecnológico fez com que a mortalidade populacional nos hospitais apresenta-se um elevado declínio ao longo dos anos. Agregado a isso também ocorreu uma melhora na qualidade do atendimento e conseqüentemente na vida de muitos pacientes. Dessa forma, faz-se essencial associar a ferramenta da tecnologia a uma assistência humanizada, uma vez que é crucial o cuidar humanizado, nunca podendo ser substituído por equipamentos modernos (CAVERZAN et al. 2017). Assim, a tecnologia deve ser associada com o cuidado humanizado, em benefício do paciente (SALBEGO et al. 2015).

Segundo Andrade e Maciel (2016), o trabalho do enfermeiro na instituição hospitalar é de fundamental importância para garantir o bem-estar do paciente e do acompanhante, contribuindo para construir laços de afeto e solidariedade, durante todo o processo de hospitalização, possibilitando a prestação de cuidados humanizados. Desta maneira, compreende-se que o cuidado na enfermagem está diretamente ligado ao cuidar de um ser humano, que pensa, tem emoções e interage com o meio e que está em constante interação, não só com o próximo, mas também com a natureza que o cerca (CAVERZAN, et al. 2017).

4 MÉTODOS

Esta pesquisa trata de uma revisão integrativa (método que proporciona a síntese do conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática (SOUZA et al. 2010)). Ela foi realizada através de coletas no banco de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), no período de abril e junho de 2015 a 2020.

A busca no banco de dados foi realizada utilizando-se os Descritores em Ciências da Saúde (DECS): centro cirúrgico e humanização, separados pelo operador booleano AND. Como critérios de inclusão foram adotados o idioma português, trabalhos completos, do ano de 2010 a 2020, obteve-se um universo de 24 trabalhos. Foram excluídas as informações de *sites* que não foram considerados de caráter científico, estudos em outros idiomas, dissertações, teses e trabalhos que não continham em seu texto os descritores 'centro cirúrgico e humanização com foco no enfermeiro'. Após serem analisados 24 trabalhos, foram excluídos 16 artigos por não corresponder ao objetivo e à pergunta norteadora do trabalho, assim permaneceram apenas 08 trabalhos completos (Quadro 1). A revisão da literatura da pesquisa teve como finalidade reunir os conhecimentos sobre determinado tópico e ajudou na fundamentação do estudo (BREVIDELLI, et al. 2010). De acordo com Polit, et al. (2004) a revisão da literatura é essencial para todo trabalho de pesquisa.

Quadro 1 - Artigos selecionados na base de dados da BVS.

Base de dados	Título/Ano	Autores	Periódico	Banco de dados
BDEF - Enfermagem	O conhecimento em enfermagem revisão integrativa / 2015	GIRON, M. N.; et al.	Revista enfermagem	BVS
LILACS	Humanização no processo de informações prestadas aos acompanhantes dos pacientes cirúrgicos / 2017	CAVERZAN, T. C. R.; et al.	Arquivos	BVS
LILACS	Concepções de técnicos de enfermagem acerca da humanização da	MENDONÇA, E. T.; et al.	Revista enfermagem do Centro	BVS

**SABERES CIENTÍFICOS:
SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR**

	assistência em centro cirúrgico / 2016			
BDENF - Enfermagem	Dificuldades enfrentadas por enfermeiros na assistência prestada ao idoso acometido por fratura de fêmur / 2016	OLIVEIRA, D. M. N.; et al.	Revista enfermagem	BVS
BDENF - Enfermagem	Cuidado transpessoal de enfermagem a seres humanos em unidade crítica /2006	NASCIMENTO, K. C. & ERDMANN, A. L.	Revista enfermagem	BVS
LILACS	Comunicação experiências em unidade de terapia intensiva / 2008	BARLEM, E. L. D.; et al.	Revista Eletrônica enfermagem	BVS
LILACS	A visão dos enfermeiros sobre as práticas educativas direcionadas as pessoas estomizadas / 2017	MAURÍCIO, V. C.; et al.	Escola Anna Nery	BVS
BDENF - Enfermagem	A integralidade idoso em unidade de terapia intensiva / 2011	FURUYA, R. K.; et al.	Revista enfermagem UERJ	BVS

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em pleno século XXI ainda existem dificuldades em encontrar uma grande gama de trabalhos científico em determinada linha de pesquisa, a exemplo da temática ‘humanização no centro cirúrgico’. Possivelmente por se tratar de um tema de difícil acesso ou por ser um campo com poucos pesquisadores interessados. Foram selecionados um total de oito trabalhos

e em seguida foi realizada uma análise de interpretação sintetizada sobre os descritores 'humanização e centro cirúrgico'.

Os autores descrevem em seus estudos que o acompanhamento humanizado deve ser realizado com no mínimo 24 horas de antecedência do procedimento cirúrgico, isto como forma de minimizar alguns fatores a exemplo de: medo, insegurança, angústia e ansiedade. Desta forma, a atenção aos cuidados psicossociais do paciente por parte da equipe de enfermagem deve encontrar um espaço para este momento de grande fragilidade e demonstrar seu lado humanizado (GIRON; BERARDINE, 2015).

Nascimento e Erdmann (2006) identificaram que, todas as fases do cuidar do paciente requer sensibilidade e disponibilidade por parte do enfermeiro, sendo necessário total atenção e compreensão. A humanização se dá quando o profissional se disponibiliza a entrar no espaço e na vida do outro, atuando como facilitador, ensinando, sabendo ouvir e ver tanto o que está visível como o que está implícito em cada usuário, cuidando e buscando vencer as dificuldades vivenciadas no período de internação. Desta forma a enfermagem humanizada está fundamentada na relação com o outro, de maneira empática, sensível, afetuosa, criativa, dinâmica e compreensível, na totalidade do ser humano.

O centro cirúrgico por ser um setor restrito aos profissionais da saúde, impossibilita o acesso do acompanhante do paciente, sendo necessário que o enfermeiro ofereça todo o apoio possível, a fim de confortar os acompanhantes na sala de espera. Caverzan, et al. (2017) ao corroborar com este contexto, diz que o momento de espera é uma ótima ocasião para transmitir o atendimento mais humanizado transformando esse momento em algo acolhedor e humanizado, por meios de elementos que possibilitem aos acompanhantes do paciente cirúrgico um conhecimento da real circunstância pelo qual o paciente está passando no ato cirúrgico. Também um outro fator essencial é a comunicação eficiente, utilizando palavras de fácil compreensão (BARLEM et al. 2008). Deve-se buscar a criação de um vínculo relacionado ao diálogo, à escuta e à atenção para atender às necessidades físicas e psicológicas, com agilidade para que haja confiança e credibilidade (FURUYA et al. 2011). Para o paciente, a comunicação apresenta-se como um componente do cuidado que existe, como forma de transmitir segurança, respeito e carinho, para muito além do conteúdo das explicações técnicas sobre o seu estado de saúde (BARLEM et al. 2008).

Assim, comunicar-se com o paciente em uma UTI, por exemplo, é mais do que lhe explicar, ainda que não de maneira detalhada sobre um procedimento ou uma medicação: é estar ali por ele e com ele, dar-lhe atenção e interagir (BARLEM et al. 2008).

No trabalho desenvolvido por Maurício et al. (2017) foi identificada a carência por parte de enfermeiros em reconhecer a importância das orientações psicossociais no processo de reabilitação do paciente. Um cuidado mais humano é o desafio que se tem para superar essa dificuldade em prol de uma vida mais digna (NASCIMENTO e ERDMANN, 2006). Por tanto, se faz necessário que toda equipe de saúde seja frequentemente capacitada profissionalmente e também atualizada em seus conhecimentos científicos, principalmente quando relacionados a qualidade na assistência com ênfase na humanização, no acolhimento e no cuidado de forma holística (FURUYA et al. 2011).

De acordo com Mendonça et al. (2016) a escassez de literatura sobre a humanização da assistência de enfermagem em centro cirúrgico dificulta muito a discussão dos resultados obtidos no estudo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo do trabalho foi alcançado, uma vez que o processo de humanização é visto como algo de grande valia dentro de um centro cirúrgico, onde os pacientes se encontram fragilizados e com dúvidas sobre o procedimento. Ressalta-se aqui que o processo de humanização faz-se necessário para que os profissionais fiquem mais perto dos pacientes e para que exista mais comunicação, fazendo com que aqueles que estão vivenciando um momento de fragilidade se sintam mais seguros. A pesquisa tem grande relevância, pois mostra a importância da humanização, em especial no centro cirúrgico, onde os pacientes têm grandes dúvidas em relação aos procedimentos que serão realizados e, nesse momento, os profissionais de enfermagem deverão agir de modo a fazer com que os pacientes se sintam seguros naquele ambiente.

Com relação ao gestor hospitalar fica claro nesta pesquisa que seu trabalho é altamente importante para o bom andamento no setor cirúrgico. E finalmente conclui-se que o tema deve ser abordado de maneira mais profunda e futuros trabalhos de pesquisa.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, C. R.; MACIEL, A. A. A internação conjunta: vivência de acompanhantes de crianças hospitalizadas. **Rev. Norte Mineira Enferm.**, v. 5, nº 1, p. 5-23, 2016.
- BARLEM, E. L. D.; ROSENHEIN, D. P. N.; LUNARDI, V. L.; LUNARDI FILHO, W. D. Comunicação como instrumento de humanização do cuidado de enfermagem: experiências em unidade de terapia intensiva, **Rev. Eletr. Enf.**, v. 10, nº 4, p. 1041-9, 2008.
- BEDIN, E.; RIBEIRO, L. B. M.; BARRETO, R. A. S. S. Humanização da assistência de enfermagem em centro cirúrgico. **Rev. Eletrônica Enferm.**, v. 7, n. 1, 9 p. 2011.
- BREVIDELLI, M. M.; SERTÓRIO, M.; CRISTINA, S. **TCC - Trabalho de Conclusão de Curso - guia prático para docentes e alunos da área da saúde**, 4ª ed., 232 p., 2010.
- CALEGARI, R. C.; MASSAROLLO, M. C. K. B.; SANTOS, M. J. Humanização da assistência à saúde na percepção de enfermeiros e médicos de um hospital privado, **Rev. Esc. Enferm. USP**, nº. 49, p. 42-47, 2015.
- CAVERZAN, T. C. R.; CALIL, A. S. G.; ARAUJO, C. S.; RUIZ, P. B. O. Humanização no processo de informações prestadas aos acompanhantes dos pacientes cirúrgicos. **Arq. Ciênc. Saúde.**, v. 24, n. 4, p. 37-41, 2017.
- CHISTÓFORO, B. E. B.; ZAGONEL, I. P. S.; CARVALHO, D. S. Relacionamento enfermeiro-paciente no pré-operatório: uma reflexão à luz da teoria de Joyce Travelbee. **Cogitare Enferm.**, v. 11, nº 1, p. 55-60, 2016.
- FURUYA, R. K.; BIROLIM, M. M.; BIAZIN, D. T.; ROSSI, L. A. A integralidade e suas interfaces no cuidado ao idoso em unidade de terapia intensiva, **Rev. enferm. UERJ**, v. 19, nº 1, p. 158-62, 2011.
- GIRON, M. N.; BERARDINELLI, L. M. M. O conhecimento em enfermagem sobre humanização na recepção do usuário no centro cirúrgico: revisão integrativa. **Rev. enferm. UFPE**, v. 9, n. 2, p. 974-84, 2015.
- GIRON, M. N.; BERARDINELLI, L. M. M.; SANTO F. H. E. O acolhimento no centro cirúrgico na perspectiva do usuário e a política nacional de humanização. **Ver. Enferm. UERJ**, v. 21, nº 2, p. 766-71, 2013.
- MAURÍCIO, V. C.; SOUZA, N. V. D. O.; COSTA, C. C. P.; DIAS, M. O. A visão dos enfermeiros sobre as práticas educativas direcionadas as pessoas estomizadas, **Esc. Anna. Nery.**, v. 21, nº 4, 2017.
- MENDONÇA, E. T.; LOPES, J. M.; RIBEIRO, L.; SÁ, F. B. B.; OLIVEIRA, D. M.;

SALGADO, P. O. Concepções de técnicos de enfermagem acerca da humanização da assistência em centro cirúrgico, **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v. 6, n. 3, p. 2389-2397, 2016.

MORAIS, T. C.; WÜNSCH, D. S. Os desafios para efetivação da humanização hospitalar: a percepção dos usuários e profissionais de uma unidade de internação pediátrica, **Textos & Contextos**, v. 12, n. 1, p. 100 - 113, 2013.

NASCIMENTO, K. C.; ERDMANN, A. L. Cuidado transpessoal de enfermagem a seres humanos em unidade crítica, **R. Enferm. UERJ**, v. 14, nº 3, p. 333-41, 2006.

OLIVEIRA, C. P.; KRUSE, M. H. L. A humanização e seus múltiplos discursos - análise a partir da REBEn. **Rev. Bras. Enferm.** v. 25, nº 59, ed. 1, p. 78-83, 2016.

OLIVEIRA, D. M. N.; ROCHA, Á. G.; COSTA, M. M. L.; NASCIMENTO, S. M. Dificuldades enfrentadas por enfermeiros na assistência prestada ao idoso acometido por fratura de fêmur, **Rev. Enferm. UFPE**, v. 10, nº 6, p. 4862-9, 2016.

Organização Mundial da Saúde – OMS. **Segundo desafio global para a segurança do paciente: Manual - cirurgias seguras salvam vidas** (orientações para cirurgia segura da OMS). Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 115 p., 2009.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**, 5ª ed., 487 p., 2004.

SALBEGO, C.; DORNELLES, C. S.; GRECO, P. B. T.; PRADEBON, V. M.; ALBERTI, G.
F. Significado do cuidado para a enfermagem de centro cirúrgico. **Rev. Rene.**, v. 16, nº 1, p. 46-53, 2015.

SANTOS, I. B. C. S.; FREITAS, M. M. Percepção do paciente cirúrgico Hospitalizado sobre o cuidar em Enfermagem e seus direitos, **Rev. SOBECC**, v. 14, nº 3, 6 p., 2009.

SANTOS, M. F. O.; FERNANDES, M. G. M.; OLIVEIRA, H. J.; Acolhimento e Humanização na Visão dos Anestesiologistas, **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 62, nº 2, 8 p., 2012.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Brunner&Suddarth: tratado de enfermagem médico- cirúrgica, **Guanabara Koogan**, ed. 9, p. 10, 2002.

SOARES, A. A.; EURÍPEDES, C. O.; SHÉLIDA, H. A. O.; NILZEMAR, R. S. A. Humanização do atendimento e a percepção entre profissionais de enfermagem nos serviços de urgência e emergência dos prontos socorros: revisão de literatura. **Ciência et Praxis**, v. 5, nº. 9, p. 77-22, 2012.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer, **Einstein**, v. 8, nº 1, p. 102-6, 2010.

O USO DA TECNOLOGIA NO ATENDIMENTO AO PACIENTE NAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE

Rosenberg Silva Torres
Ysa Helena Diniz Moraes de Luna
Christiane Patricia Ferraz Rabelo
Victor Viera de Melo Oliveira

1 INTRODUÇÃO

As instituições hospitalares hoje são vistas como a saúde propriamente dita, conceituadas como aquilo ou aqueles que devem tratar desse assunto de uma forma que as pessoas busquem ou tenham como manter seu bem estar físico, social e mental. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), quando esses fatores estão alinhados, podemos dizer que não existe a presença de doenças ou enfermidades nas pessoas ou pacientes. (CHERUBIN; DOS SANTOS, 2002).

Em países de grande porte ou com um número populacional elevado, como o Brasil, é necessário observar a questão da complexidade em relação ao atendimento do paciente. Assim, desenvolver a atenção necessária e igualitária torna-se desafiador devido à desigualdade regional e, principalmente, à questão das faixas de renda e das idades populacionais, o que faz com que seja difícil manter o atendimento igualitário e, mais complicado, ainda, oferecer serviço de qualidade a todos que necessitam. Porém estes desafios podem ser vencidos quando começarmos a usar a ferramenta tecnológica, que vai auxiliar em todos estes aspectos e, principalmente, trazer rapidez e conforto ao paciente em atendimento, criando, também, ajuste e segurança nas tomadas de decisões e estratégias, dando uma ideia de que a instituição hospitalar está preocupada em tornar o cuidado com a saúde rápido e eficiente. (VALLE, *et al*, 2010).

Os usuários dos órgãos de saúde enfatizam que o uso das tecnologias é de suma importância para o bom relacionamento com os profissionais, e valorizam a inserção dessas tecnologias para solucionar problemas como a falta de recursos humanos, estruturais e medicamentos (HONORATO, 2012). Dessa forma, valoriza-se a criação e implantação da tecnologia no meio hospitalar, ressaltando-a como necessária e facilitadora.

Portanto, na nova era da informação, a área da saúde não ficou esquecida ou fora do ritmo da tecnologia. Após os avanços ultrapassarem todas as barreiras

relativas à administração, é notado, e se faz necessário, o uso tecnológico na questão do cuidado com o paciente, enfatizando questões de segurança e informação, principalmente na execução e conclusão de exames, sejam eles simples ou mais avançados.

Entende-se que em meio à crise na saúde, não só local mais também mundial, algumas ferramentas tecnológicas tornam-se difíceis de ser implantadas devido aos altos custos e aos fatores que dificultam o uso, porém, principalmente, nas unidades hospitalares, a tecnologia se faz essencial e necessária devido à falta de precisão nos serviços de saúde (PINOCHET, 2011).

Segundo Motta *et al.* (2019), a implantação e uso da tecnologia foi necessária e de suma importância nos serviços de gestão devido ao grande aperfeiçoamento na comunicação interna das instituições, trazendo não só consequências qualitativas nos trabalhos dos profissionais envolvidos, como também, um efeito surpreendente no atendimento ao paciente gerando grande satisfação.

Para Gonçalves *et al.* (2019), a implementação da tecnologia na área da saúde trará não só uma eficácia e uma eficiência no atendimento ao paciente, como também uma interação entre os profissionais da organização optante por essa ferramenta, pois causará elevado nível de satisfação que certamente impactará financeira e administrativamente as empresas. Dessa forma, fica claro que é uma ferramenta de crescimento necessária a todas as instituições de saúde. E, sendo a tecnologia hoje utilizada em grande escala nos serviços de saúde, indaga-se: Por que o uso da tecnologia é considerado algo essencial no atendimento ao paciente nesses serviços?

É importante salientar que todas as organizações da área de saúde necessitam atualizar-se constantemente, visto que a cada dia a tecnologia avança mais. Assim, eleva-se o nível de qualidade e agilidade no atendimento ao paciente, utilizando meios tecnológicos mais avançados, obtendo rápida resolução no processo. Tal fato traz vantagens para instituição como a satisfação ao paciente, oferecendo qualidade no serviço, melhorando a estratégia de gestão, facilitando a tomada de decisão e resultando no crescimento da instituição de saúde.

O objetivo geral desta pesquisa foi de efetuar uma revisão integrativa de

literatura acerca do emprego da tecnologia nos processos de pacientes nos estabelecimentos de saúde. E os objetivos específicos se basearam nas buscas específicas na literatura sobre: as evidências acerca das aplicações de tecnologias, sobre a necessidade de implantação da tecnologia na resolutividade das questões relevantes do paciente, e sobre o aperfeiçoamento do atendimento ao paciente nos serviços de saúde.

2 METODOLOGIA

O presente trabalho se trata de uma revisão integrativa da literatura que tem por objetivo contribuir na elaboração de trabalhos científicos, no qual ocorre uma reflexão na construção dos futuros estudos de forma ampla, mostrando um direcionamento no sentido de como alcançar bom resultado (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A metodologia aplicada contempla seis etapas para a realização do estudo, são elas: identificação do problema, definição da questão da pesquisa; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos para amostragem; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa e a interpretação da revisão/síntese do conhecimento (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2018).

A busca na literatura foi realizada no mês de novembro de 2019, na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), em quatro bases de dados: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), Literatura Latino-Americana do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados Bibliográficos Especializada na Área de Enfermagem (BDENF) e no portal *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO). Os descritores utilizados para o cruzamento nas bases acima referidas foram: Gestão Hospitalar, Tecnologia e Saúde, em acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e no *Medical Subject Headings* (MeSH), separados pelo operador booleano “AND”. Que permitiu uma busca avançada com os descritores citados.

As palavras chaves utilizadas para a pesquisa foram: “gestão hospitalar”, “tecnologia” e “saúde”, e foram utilizados os seguintes critérios de inclusão para selecionar a amostra: temática da referente pesquisa, publicação na modalidade

de artigo original completo disponibilizado gratuitamente, publicados em língua portuguesa no período entre 2009 e 2019. Como critérios de exclusão: publicações repetidas, teses, dissertações, trabalhos de conclusão de cursos, estudos reflexivos e artigos que não disponibilizaram textos completos.

A análise dos dados deu-se com a leitura de títulos, resumos, artigos completos e resultados encontrados. Dessa forma, foram utilizadas informações com base em cinco artigos, que mostrarão de forma abrangente a importância da ferramenta tecnológica em toda e qualquer instituição de saúde.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após utilizar as palavras chaves para pesquisa dos bancos de dados citados, aplicar critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 05 (cinco) artigos para análise e exposição das informações. O Quadro 01 apresenta os artigos selecionados, bem como informações básicas sobre eles.

Quadro 01. Artigos selecionados e suas informações básicas

Nº	Autor/Ano	Título	Tipo de estudo	Base de dados
01	Barbosa e Gadelha (2012)	O papel dos hospitais na dinâmica de inovação em saúde	Pontua-se assim a necessidade de desenvolver uma base analítica para a compreensão dos processos de inovação no âmbito dos serviços hospitalares, proposta deste artigo.	LILACS
02	Nunes et al, (2013)	Avaliação e incorporação de tecnologias em saúde: processo e metodologia adotados por um hospital universitário de alta complexidade	Trata-se de uma descrição de processos adotados para avaliação, decisão e incorporação de tecnologias pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto	LILACS

		assistencial		
03	Vandressen et al (2017)	Classificação de pacientes e dimensionamento de profissionais de enfermagem: contribuições de uma tecnologia de gestão	Pesquisa Convergente Assistencial seguindo as fases de concepção e instrumentação	<u>LILACS-</u>
04	Farias e Araújo (2017)	Gestão hospitalar no Brasil: revisão da literatura visando ao aprimoramento das práticas administrativas em hospitais	Em termos metodológicos, aplica-se o método <i>webiblioming</i> de coleta e análise sistemática de conhecimento em bases de periódicos indexadas	LILACS
05	Santos e Marin (2018)	Análise de uso de um sistema informatizado por gestores hospitalares	Estudo de caso, com delineamento não experimental, realizado em um hospital geral	<u>LILACS-Express</u>

Fonte: Do autor, 2019.

A pesquisa de Barbosa e Gadelha (2012) analisa o papel dos serviços hospitalares na dinâmica de inovação em saúde, considerando-os como força motriz do processo de inovação no Complexo Econômico-Industrial da Saúde. Para eles, inovação é algo que é buscado a cada dia de forma urgente e esse quesito vem trazer um crescimento que abrange tudo ao seu redor, envolvendo a parte industrial da saúde, que chega a instituição e demanda efeitos que trazem avanços importantes em todos os setores, principalmente no atendimento final. Dessa forma, deve ser abordado pensando sempre no conforto que irá ofertar a todos os envolvidos.

Segundo Nunes *et al.* (2013), que em sua pesquisa objetivaram apresentar um modelo de avaliação e incorporação de tecnologia em um hospital universitário de alta complexidade, o foco do aperfeiçoamento tecnológico não se restringe apenas ao fato de se ter o melhor sistema ou os melhores equipamentos para se comparar ao mercado, mas sim na instituição como um todo, a qual abrange a

empresa e os pacientes ou usuários dos serviços oferecidos pelas organizações de saúde. É um modelo de organização que resulta em qualidade e confiabilidade e proporciona rapidez e segurança em tudo que é executado.

Vandressen *et al.* (2017) aplicaram recursos da tecnologia PRAXIS® para classificação de pacientes e dimensionamento de profissionais de enfermagem em uma unidade de internação de hospital universitário. Foi relatado que o crescimento tecnológico traz consigo a facilidade na realização de atividades inovadoras, programas computacionais que disponibilizam importantes informações qualitativas. Tais informações são eficazes na preocupação com o atendimento ao paciente e seu bem estar enquanto se encontra sob os cuidados clínicos.

Por sua vez, Farias e Araújo (2017) realizaram um levantamento sistemático da produção científica referente às temáticas de gestão hospitalar e aos projetos aplicados ao ambiente hospitalar. Mostraram o impacto diretamente no aperfeiçoamento das instituições de saúde. Ao se colocar em prática todos os pontos fortes das tecnologias, a interferência se faz positiva e concede um aperfeiçoamento, também gerencial, na responsabilidade de manter rotina diária, de modo a se tornar padrão tal acompanhamento inovador e que não se perca a essência do perfeito tratamento ao cliente.

Segundo Santos e Marin (2018), que tiveram como objetivo analisar o uso de um sistema informatizado pelos gestores hospitalares, avaliando a satisfação quanto à utilidade e facilidade de uso do sistema, verificaram que a tecnologia é uma ferramenta de muita importância em seu uso diário, mas necessita de capacitação dos usuários, empenho da instituição e também dos profissionais que vão usá-la. Isso se dá não só para o bom caminhar do sistema empresarial, como também para a perfeita execução dos trabalhos a serem executados. A atualização tecnológica é de suma importância principalmente para se manter na disputa do mercado atual.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mediante o apresentado, constatou-se a importância e a necessidade do uso da tecnologia no atendimento ao paciente, principalmente no que se refere a otimização de tempo, qualidade no atendimento, comodidade e controle de pacientes, além de outros fatores que provam a eficiência desta ferramenta.

Numa análise sistemática de um total de cinco (05) artigos, foram vistos alguns pontos de grande importância como, qualidade, rapidez e satisfação dos usuários em atendimento através da tecnologia. Dessa forma fica claro que, para se obter avanço nos resultados de qualquer instituição de saúde, o uso da tecnologia no atendimento ao paciente traz crescimento organizacional e financeiro, além da satisfação do cliente e também leva ao cuidado que se deveter com todo e qualquer usuário.

A tecnologia se torna assim, um verdadeiro caminho para se acentuar a importância dos efeitos de precisão e rapidez para com todo e qualquer evento relacionado à saúde. Por todos os benefícios apresentados, é fundamental incentivar sua a implantação e aplicação, nas práticas de atendimento ao usuário, demonstrando de forma clara e concisa sua eficácia. Portanto salienta-se a importância da promoção de mais estudos sobre as atualizações das tecnologias na saúde no futuro.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, P.R., GADELHA, C. A. G. O papel dos hospitais na dinâmica de inovação em saúde. *Rev. Saúde Pública [online]*. vol.46, suppl.1, p.68-75, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89102012005000064>>. Acessado em 05/06/2020;

CHERUBIN, N. A.; DOS SANTOS, N. A. *Administração Hospitalar Fundamentos*. 3ª ed. São Paulo: São Camilo, 2002;

FARIAS, D. C., ARAUJO, F. O. DE. *Gestão hospitalar no Brasil: revisão da literatura visando ao aprimoramento das práticas administrativas em hospitais. Ciênc. saúde coletiva [online]*. vol.22, n.6, p.1895-1904, 2017. ISSN1678-4561. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.26432016>>. Acessado em: 07/06/2020;

GONÇALVES, M. J.; MATTOS, C. A.; CHANG JUNIOR, J. *Fatores Críticos de Adoção da Tecnologia da Informação (TI) em Saúde e o seu Impacto na Gestão:*

um estudo exploratório. GEPROS. Gestão da Produção, Operações e Sistemas, vol. 14, n.3, p. 209 - 221, 2019. Disponível em: <<http://doi.org/10.15675/gepros.v14i3.2621>>;

HONORATO, D. Z. S. et al. O uso de tecnologias em saúde na consulta: uma análise reflexiva Centro Universitário Uninovafapi, Revista Interdisciplinar. vol.08, n. 01, 2015. Disponível em <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/589/pdf_203> . Acessado em: 07/06/2020;

MENDES, K. D. S; SILVEIRA, R. C. D. C. P; GALVAO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem.p.758-764. ISSN 1980-265X. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>>. Acessado em 08/06/2020;

MOTTA K., PONCETTI A., ESTEVES R. O impacto da tecnologia da informação na gestão hospitalar. R. Saúde Públ. Paraná. 2019 Jul; vol. 2(Supl. 1), p.93-102;

NUNES, A. A, et al. Avaliação e incorporação de tecnologias em saúde: processo e metodologia adotados por um hospital universitário de alta complexidade assistencial. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2013, vol.29, suppl.1, p. 179-186. ISSN 0102-311X. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00001213>>. Acessado em: 10/06/2020;

PINOCHET, L. H. C. Tendências de Tecnologia de Informação na Gestão da Saúde. O MUNDO DA SAÚDE, São Paulo: 2011;35(4):382-394;

SANTOS, M. C. DOS, MARIN, H. DE F. Análise do uso de um sistema informatizado por gestores hospitalares. *Acta paul. enferm.* [online]. 2018, vol.31, n.1, pp.1-6. ISSN 1982-0194. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-0194201800002>>. Acessado em 10/06/2020;

VALLE, A., et al. Sistemas de informações gerenciais em organizações de saúde / André Bittencourt do Valle... [et al.]. - Rio de Janeiro: Editora FGV, 2010. 156 p.: il. - (Gestão em Saúde (FGV - Management));

VANDRESSEN L., PIRES D., LORENZETTI J., ANDRADE S. Classificação de pacientes e dimensionamento de profissionais de enfermagem: contribuições de uma tecnologia de gestão. *Rev Gaúcha Enferm.* 2018;39:e2017-0107. doi: Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0107>>. Acessado em 14/06/2020.

A IMPORTÂNCIA DA GESTÃO DE RESÍDUOS SÓLIDOS DE SERVIÇO DE SAÚDE E SEUS IMPACTOS NO MEIO AMBIENTE

Juliclecio Da Silva Felix
Paulo Roberto De Brito Gomes
Christiane Patricia Ferraz Rabelo
Ysa Helena Diniz Moraes de Luna
Shirley Antas de Lima

1 INTRODUÇÃO

Com base na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) RDC Nº 222, de 2018 (BRASIL,2018) define-se como geradores de Resíduos de Serviço de Saúde (RSS) todos os serviços cujas atividades estejam relacionadas com a atenção à saúde humana ou animal, inclusive os serviços de assistência domiciliar; laboratórios analíticos de produtos para saúde; necrotérios, funerárias e serviços onde se realizem atividades de embalsamamento; serviços de medicina legal; drogarias e farmácias, inclusive as de manipulação; estabelecimentos de ensino e pesquisa na área de saúde; centros de controle de zoonoses; distribuidores de produtos farmacêuticos, importadores, distribuidores de materiais e controles para diagnóstico in vitro; unidades móveis de atendimento à saúde; serviços de acupuntura; serviços de *piercing* e tatuagem, salões de beleza e estética, dentre outros afins.

O Manual de gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde comenta que o descarte inadequado de resíduos tem produzido passivos ambientais e os RSS se inserem dentro desta problemática assumindo grande importância nos últimos anos (BRASIL, 2006). Esse fato ocorre, pois os RSS possuem características de patogenicidade, toxicidade, inflamabilidade e demais características perigosas, que justificam a necessidade de um manejo cuidadoso e diferenciado.

Segundo a Associação Brasileira de Empresas de Limpeza Pública e Resíduos Especiais - ABRELPE (2018), a situação dos RSS no Brasil, através de levantamento junto as empresas do setor, permitiram concluir que no ano de 2017, 4.518 municípios prestaram os serviços de coleta, tratamento e disposição final de 256.941 toneladas de RSS, o equivalente a 1,2Kg/habitante/ano, tendo

uma redução de 0,04% em relação ao ano de 2016. No Nordeste essa quantidade chega a um total de 36.874 toneladas que chega a 0,648Kg/habitante/ano em 2016 e 36.960 toneladas 0,646Kg/habitante/ano em 2017. Na Paraíba a quantidades de RSS é de 2.296 toneladas e 0,074Kg/habitante/ano em 2016 e de 2.294 toneladas e 0,570Kg/habitante/ano em 2017. O panorama quantitativo de RSS encontra-se resumido na Figura 01.

Diante dos dados apresentados que mostram o crescimento do total de RSS coletado, tratado e com destinação final, faz-se necessário ressaltar toda a importância do gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde, para minimizar a geração desse tipo de resíduo.

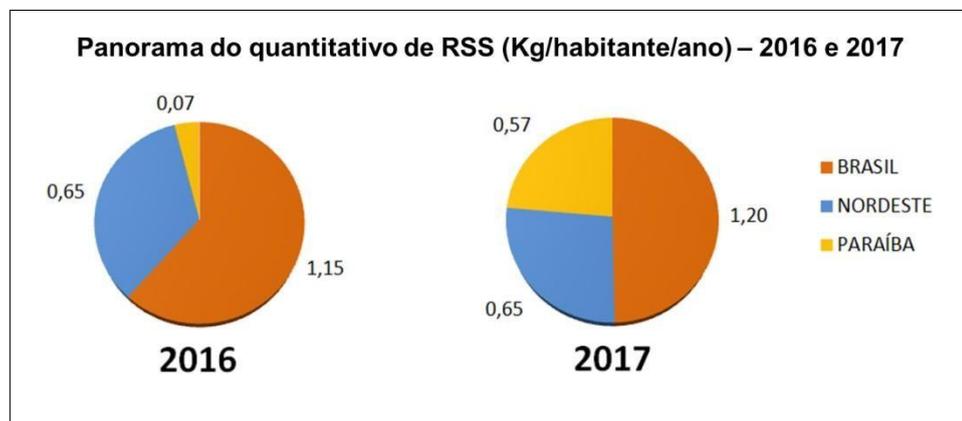


Figura 01- Panorama quantitativo de RSS (Kg/habitante/ano) - 2016 e 2017.

Fonte: Adaptado de ABRELPE (2018)

Os RSS podem causar riscos para quem os manipula devido a probabilidade da ocorrência de efeitos adversos à saúde relacionados com a exposição humana a agentes físicos, químicos ou biológicos; e riscos para o meio ambiente, devido a probabilidade da ocorrência de efeitos adversos, decorrentes da ação de agentes físicos, químicos ou biológicos, causadores de condições ambientais potencialmente perigosas que favoreçam a persistência, disseminação e modificação desses agentes no ambiente (BRASIL, 2006).

Dada a importância do assunto dos RSS há grande quantidade de legislações e normativas acerca do assunto, dentre as principais podemos citar:

- Associação Brasileira de Normas Técnicas em sua norma NBR 10.004 de 2004 (ABNT, 2004) atualiza os critérios de classificação dos resíduos sólidos, visando aperfeiçoar uma norma antiga, fornecendo subsídios para o gerenciamento de resíduos sólidos.
- CONAMA Nº 358/05 (BRASIL, 2005) dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos resíduos dos serviços de saúde e dá outras providências. Reflete sobre a análise de riscos envolvidos em que a prevenção passa a ser o eixo principal e o tratamento é visto como alternativa para destinação correta aos resíduos. A resolução ainda trata o gerenciamento dos RSS sobre o prisma da preservação do meio ambiente (GOMES, 2018).
- Lei Nº 12.305/2010 (BRASIL, 2010) instituiu a Política Nacional de Resíduos Sólidos e dispõe sobre seus princípios, objetivos e instrumentos, bem como sobre as diretrizes relativas à gestão integrada e ao gerenciamento de resíduos sólidos, incluída os perigosos, às responsabilidades dos geradores e do poder público e aos instrumentos econômicos aplicáveis.
- RDC Nº 222/18 (BRASIL, 2018) regulamenta as boas práticas de gerenciamento dos resíduos de serviços de Saúde e dá outras providências, dentre outros, a necessidade de minimizar riscos ocupacionais nos ambientes de trabalho e proteger a saúde do trabalhador, da população em geral e do meio ambiente.

Estudos mostram que, na prática, a gestão dos RSS não tem ocorrido de maneira satisfatória, havendo desconformidades com legislações vigentes, grandes problemas ligados às etapas do gerenciamento dos RSS, presença e aplicação do PGRSS e de treinamento adequados dos trabalhadores dos estabelecimentos de assistência à saúde.

Nas conclusões de seu artigo técnico GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM HOSPITAIS DE RIBEIRÃO PRETO (SP), BRASIL, Uehara,

Veiga e Takayanagui (2019) verificaram inadequações nas etapas relacionadas ao manejo dos resíduos de serviços de saúde como: identificação, transporte interno, armazenamento temporário, coleta e transporte externos, foram classificados como insatisfatórias, exceto a segregação.

Nascimento et al (2019) em seu artigo DIAGNÓSTICO QUALITATIVO

DO MANEJO DOS RESÍDUOS SÓLIDOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE DE UM HOSPITAL VETERINÁRIO,

no Rio grande do Sul, foi constada a necessidade de adequação à RDC 222/2018 com relação ao manejo destes resíduos nas etapas de segregação, acondicionamento, coleta e transporte interno.

Por sua vez, Lima (2019) em trabalho intitulado LEVANTAMENTO E ANÁLISE DAS NÃO-CONFORMIDADES NA GESTÃO DE RESÍDUOS SÓLIDOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE GERADO POR QUATRO SETORES DE GRANDE PORTE, efetuou auditorias nos setores de um hospital e verificou falhas e não-conformidades com as normas e leis vigentes e aplicou treinamentos para grande parte da equipe, e assim conseguiu reduzir o número de falhas e não-conformidades existentes, observando que com esse procedimento obteve um ambiente de trabalho e atendimento mais seguro e com menor risco de acidentes causados pelos RSS. Esse autor mostra que com adequadas ações de gestão, os resultados para as pessoas e para o meio ambiente são benéficos.

Araújo (2018) em sua dissertação AVALIAÇÃO DA GESTÃO DE RESÍDUOS SÓLIDOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM HOSPITAIS NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA-

PB, estudou a situação de 18 hospitais da cidade de João Pessoa e verificou que a realidade local aponta para uma situação parcialmente adequada, detectou dificuldades das organizações hospitalares em atender os preceitos técnicos da Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) e CONAMA (Conselho Nacional do Meio Ambiente), nas definições legais de elaboração e implementação dos PGRSS, e problemas em aspectos ligados a quase todas as etapas do gerenciamento dos RSS nos hospitais estudados.

A partir do estudo de caso em uma policlínica no município de João Pessoa, o objetivo deste trabalho é verificar a conformidade entre as práticas desenvolvidas no gerenciamento dos RSS tendo como base a resolução Anvisa RDC nº 222/2018 e, assim, mostrar os principais impactos negativos e positivos que a gestão dos RSS causam ao meio ambiente.

2 METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se, segundo Silva e Menezes (2001) como: de natureza aplicada pois objetiva gerar conhecimentos para aplicação prática e dirigidos a solução de problemas específicos; apresenta a forma de abordagem qualitativa, a qual se baseia na interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados; apresenta teor descritivo visto que se objetiva descrever as características de determinado estabelecimento de relações entre variáveis (2001, apud Gil, 1991) ; e por fim consiste em um estudo de caso uma vez que envolve o estudo profundo e exaustivo de um objeto de maneira que se permita o seu amplo e detalhado conhecimento.

O objeto de estudo dessa pesquisa será a Policlínica Municipal de Mandacaru, a qual recentemente passou por obras de requalificação e ampliação. A unidade realiza mais de 250 atendimentos por dia, conta com 56 profissionais com assistência a usuários que compreendem o território do Distrito Sanitário IV - Bairro dos Estados, Ipês, Pedro Gondim, Treze de Maio e áreas descobertas do centro da capital.

Para coleta e obtenção de informações foi realizada uma visita *in loco* na Policlínica a fim de verificar a situação das atividades de gestão de RSS e foram realizados registros fotográficos para ilustrar as situações. Após a coleta de informações foi feita a análise do *check list* e os aspectos observados foram comparados com a resolução da ANVISA/ RDC nº 222, de 28 de março de 2018 (BRASIL, 2018).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A policlínica municipal de mandacaru se faz importante para a região pois atende as necessidades do território do Distrito Sanitário IV - Bairro dos Estados, Ipês, Pedro Gondim, Treze de Maio e áreas descobertas do centro da capital. A policlínica recebe encaminhamentos regulados para os serviços especializados e por demanda espontânea para ginecologia, pediatria e clínica geral. No local ainda há realização de vacinas, exames laboratoriais e tem sua maior importância, pois é referência no município de João Pessoa para

diagnóstico da tuberculose. Recentemente ganhou um auditório e um consultório para exames cardiológicos, além de pintura, modernização e melhoramento das instalações elétricas e hidráulicas. (CLICKPB, 2019).

A análise deste estabelecimento de assistência à saúde se fez importante, pois nos possibilitou verificar e analisar de perto a atual situação da gestão dos RSS nesse local de grande relevância para a promoção da saúde na comunidade. Os resultados encontrados foram semelhantes aos encontrados nos artigos observados na literatura atual.

De acordo com as respostas obtidas a partir do *check list* aplicado durante visita à Policlínica Municipal de Mandacaru, foram comparadas com o conteúdo da RDC 222/2018 da Anvisa e obteve-se os seguintes resultados:

3.1 PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇO DE SAÚDE

A policlínica de saúde, objeto deste estudo, não possui o seu Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde (PGRSS), mesmo ele sendo obrigatório tanto para instituições públicas como privadas, desde o ano de 2010, como trata o artigo 20º da Lei 12.305/2010 (PNRS) e o artigo 5º da RDC 222/18.

A ausência do plano foi constatada também em 16,7% do total de hospitais (filantrópicos, públicos e privados) da cidade de João Pessoa participantes da pesquisa de Araújo (2018), e em seu estudo Souza *et al*, (2015) comenta que a ausência da elaboração

e implantação do PGRSS reflete negativamente nas diversas fases do gerenciamento dos RSS, em especial nos seus princípios essenciais, que são a prevenção e a precaução

3.2 SEGREGAÇÃO

As lixeiras existentes são suficientes e diferenciadas para cada de tipo de resíduo, os resíduos produzidos são dos grupos: A (infectantes), D (comum) e E (perfurocortantes). Relacionado aos grupos estão as atividades: A (odontologia e baciloscopia); D (papéis, plásticos, e demais semelhantes aos domésticos); E (seringas, agulhas, escalpes, ampolas, ou qualquer material pontiagudo que tenha capacidade para causar perfurações).

3.3 ACONDICIONAMENTO

Com relação ao acondicionamento dos RSS, para os resíduos do grupo A, que corresponde aos infectantes, são utilizados sacos brancos e leitosos resistentes à ruptura e vazamento, apresentando-se em acordo com o que diz o Art. 22, § 3º: a identificação dos sacos para acondicionamento deve estar impressa, sendo vedado o uso de adesivo. Tal situação também foi observada no estudo de Araújo (2018) que encontrou o adequado acondicionamento ocorrido em sacos na cor branca inserido em recipiente de cantos arredondados para resíduos do Grupo A.

Para os resíduos do grupo D, que se refere aos resíduos de tipo comum, eram corretamente acondicionados em sacos pretos, em conformidade com o que apresenta o Art. 22, § 1º: os sacos que acondicionam os RSS do Grupo D não precisam ser identificados. Com relação aos recipientes de acondicionamento observou-se que são constituídos de material lavável resistente a ruptura e vazamentos, possuem tampa provida de sistema de abertura sem o contato manual, possuem cantos arredondados e são resistentes ao tombamento.

Um fato importante observado foi que os recipientes não têm identificação com símbolos/pictogramas (a especificação de cada símbolo está presente na RDC nº 222/2018 em seu Anexo II) e nem palavras ou frases, o que os diferenciam são apenas o tipo de recipiente utilizado, coletores de plástico para os resíduos do grupo D e aço inox para os resíduos do grupo A. Tal fato entra em desacordo com o Art. 22, §2º que diz: a identificação de que trata este artigo deve estar afixada em local de fácil visualização, de forma clara e legível, utilizando-se símbolos e expressões descritos no Anexo II, cores e frases, e outras exigências relacionadas à identificação de conteúdo e à periculosidade específica de cada grupo de RSS. Nascimento *et al* (2019) observaram em seu estudo que alguns recipientes estavam com a identificação violada ou até mesmo sem simbologia adequada, assim como

em alguns recipientes destinados a resíduo comum a simbologia era de pilhas e baterias e resíduos especiais.

O recipiente que estava adequado a RDC 222/2018 foi o de

acondicionamento do grupo E, que corresponde aos perfurocortantes, estavam em uma caixa de papelão (*descarpack*), feita exclusivamente para esse tipo de material. Araújo (2018), afirma que para resíduos do Grupo E utiliza-se, usualmente, recipientes de papelão em formato retangular que são, posteriormente, acondicionados em sacos brancos, evidencia-se o cumprimento do respeito ao limite de capacidade como margem de segurança para prevenção de acidentes.

Nas Figuras 02, 03, 04 e 05 observam-se os recipientes e sacos de acondicionamento utilizados na policlínica.

Figura 02 - Recipiente e saco de acondicionamento dos resíduos comuns.



Fonte: Próprio autor.

Figura 03 - Recipiente e saco de acondicionamento de resíduos infectantes.



Fonte: Próprio autor.

Figura 04- Identificação dos sacos de resíduos infectantes



Fonte: Próprio autor.

Figura 05 - Recipiente rígido de descarte de perfurocortantes utilizado



Fonte: Próprio autor.

3.4 TRANSPORTE (INTERNO E EXTERNO)

Em relação ao transporte, existe um roteiro definido no qual os horários coincidem com os de menor fluxo de pessoas ou atividades. Ele é feito

separadamente, de acordo com

o grupo de resíduo, porém não existe um carrinho adequado para o transporte dos resíduos, são recolhidos manualmente e em seus sacos de acondicionamento, sendo eles reforçado apenas por outro saco. O transporte manual dos sacos apresenta-se em desacordo com o que diz o Art. 22º que cita que a identificação dos RSS deve estar afixada nos carros de coleta, nos locais de armazenamento e nos sacos que acondicionam os resíduos. E também em desacordo com o Art. 26º que cita que o coletor utilizado para transporte interno deve ser constituído de material liso, rígido, lavável, impermeável, provido de tampa articulada ao próprio corpo do equipamento, com cantos e bordas arredondados.

Tal comportamento também foi observado por Nascimento *et al* (2019) que verificaram em seu estudo que no transporte interno de resíduos, os mesmos eram conduzidos ao armazenamento externo sem o auxílio de um coletor o que é preconizado pela ANVISA RDC nº 222/2018. Em outro estudo, Araújo (2018) verificou que em um hospital de categoria administrativa municipal observou-se que o transporte era realizado por um balde, sem rodas, inadequado do ponto de vista da segurança de acidentes e em relação ao fator ergonômico.

No tocante a segurança pôde-se apurar que não ocorreram acidentes relacionados aos resíduos de serviço de saúde. Existem equipamentos de proteção individual disponíveis para serem utilizados durante o manuseio dos RSS, mas foi relatado pela gestora que existe resistência em usar os equipamentos por parte dos funcionários de serviços gerais responsáveis pelo transporte dos resíduos, mesmo havendo uma pessoa responsável pelas questões de saúde, segurança ocupacional e Resíduos de Serviços de Saúde.

E, de acordo com Gomes (2018), pode-se inferir que a maior causa dos acidentes é

o gerenciamento inadequado de resíduos de serviço de saúde, bem como a falta de informação a respeito dos riscos eminentes e a criação, condução e fiscalização do PGRSS.

3.5 ARMAZENAMENTO EXTERNO

Os resíduos do grupo D ao serem recolhidos diariamente da policlínica são colocados em recipiente adequado, externo à policlínica para ser recolhido pela coleta municipal. Todos os sacos contendo resíduos (grupo A e E) são armazenados dentro dos recipientes de armazenamento (2 bombonas de 200 litros) (Figura 07) dentro do abrigo externo.

Em relação ao abrigo externo dos grupos A e E, verificou-se que estava localizado em uma área externa da policlínica, que oferece segurança quanto a entrada de pessoas não autorizadas, pois apresenta grades e fechadura (Figura 06), o que dificulta também o acesso de animais ao abrigo.

Figura 06 - Local de armazenamento externo das bombonas.



Fonte: Próprio autor.

Figura 07 - Bombonas de acondicionamento de resíduos infectantes no armazenamento externo.



Fonte: Próprio autor.

O local é revestido por cerâmica, tanto as paredes como o piso, o que facilita a higienização que ocorre a cada coleta externa realizada. Está de acordo com alguns incisos do Art. 35, que são: I - permitir fácil acesso às operações do transporte interno; II - permitir fácil acesso aos veículos de coleta externa; III - ser dimensionado com capacidade de armazenagem mínima equivalente à ausência de uma coleta regular, obedecendo à frequência de coleta de cada grupo de RSS; IV - ser construído com piso, paredes e teto de material resistente, lavável e de fácil higienização, com aberturas para ventilação e com tela de proteção contra acesso de vetores (atendeu parcialmente, pois não apresentava a tela de proteção e sim uma grade); V - ser identificado conforme os Grupos de RSS armazenados; VI - ser de acesso restrito às pessoas envolvidas no manejo de RSS; VII - possuir porta com abertura para fora, provida de proteção inferior contra roedores e vetores, com dimensões compatíveis com

as dos coletores utilizados (atendeu parcialmente, pois não possui proteção inferior contra roedores e vetores); XI - possuir área coberta, com ponto de saída de água, para higienização e limpeza dos coletores utilizados (atendeu parcialmente pois não apresenta o ponto de saída de água).

Foi verificado que o abrigo externo não possui identificação de quais resíduos são armazenados e estão em desacordo os incisos: VIII - ter ponto de iluminação; IX - possuir canaletas para o escoamento dos efluentes de lavagem, direcionadas para a rede de esgoto, com ralo sifonado com tampa XI - possuir área coberta, com ponto de saída de água, para higienização e limpeza dos coletores utilizados, como podemos observar nas Figuras 06 e 07. Situação semelhante ocorreu em Araújo (2018) que verificou em sua pesquisa que o critério de identificação e restrição do acesso aos funcionários do gerenciamento dos resíduos não foi atendido em todos os estabelecimentos. Foi observada a ausência de identificação em 4 hospitais, sendo que 82,4% atende adequadamente a este item, considerado de procedimento de simples aplicação e que pode ser crucial em evitar riscos de acidentes de pessoas não diretamente envolvidas no gerenciamento de resíduos. Por sua vez, Nascimento *et al* (2019) constatou em seu estudo que o HCV (Hospital de Clínicas Veterinárias) possui dois ambientes destinados ao armazenamento externo, sendo um deles de alvenaria e porta de grades destinados aos resíduos do Grupo A, B e E, os quais são dispostos em bombonas de duzentos litros com tampa de vedação.

3.6 TRATAMENTO E DESTINAÇÃO FINAL

O tratamento não é realizado na Policlínica, uma empresa contratada, efetua coleta, tratamento e destinação final dos RSS. Em contato telefônico efetuado à Superintendência de Administração do Meio Ambiente (SUDEMA), o setor de Resíduos Sólidos afirmou que as licenças de operação para transporte e destinação final de RSS desta empresa estavam atualizadas.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Policlínica Municipal de Mandacaru apresenta elevada importância sua ação em diversas especialidades médicas e por atender grande quantidade de pacientes da região. Para que a policlínica aumente sua influência

positiva na saúde da população, deve-se atentar para melhorias na gestão dos RSS.

Foi visto na visita à policlínica a falta de conhecimento do PGRSS, ocasionando assim desconformidades para algumas das etapas do gerenciamento dos RSS, tais como a falta de simbologia, cores e frases de indicação nos coletores, a coleta interna inadequada feita manualmente, falta de um coletor com rodinhas e a falta de identificação do tipo de resíduo no abrigo externo.

Para sanar tais desconformidades, o gestor responsável deve providenciar a simbologia adequada para cada tipo de resíduo no devido recipiente, bem como a placa de identificação no abrigo externo, solicitar do colaborador que utilize um recipiente rígido na coleta interna para evitar possíveis acidentes no manuseio dos resíduos, cobrar e fiscalizar dos colaboradores a utilização adequada dos equipamentos de proteção individual, deve-se agir com rigor e prudência para com as desconformidades e implantar procedimentos que chamem atenção dos colaboradores para a importância do manuseio e descarte correto dos RSS.

O gestor deve estar atento ao que acontece em sua unidade, pois o bom andamento dela depende em grande parte da sua atuação, pois é ele quem vai cobrar e fiscalizar se o PGRSS está sendo executado ou não, é dele a responsabilidade de fazer dá certo o bom funcionamento de sua unidade.

Salienta-se a importância de formações continuadas para toda a equipe da unidade de modo a oferecer a conscientização aos profissionais de saúde para que atuem adequadamente nas etapas do gerenciamento dos RSS para que sua unidade esteja sempre em conformidade com as diretrizes.

Deste modo, o gestor ao se preocupar com a correta gestão dos RSS promove em sua unidade a saúde do ambiente de trabalho para os colaboradores e pacientes, bem como faz o necessário para evitar danos e desequilíbrio ao meio ambiente.

5 AGRADECIMENTOS

Agradecemos à gestora da Policlínica de Mandacaru por ter aberto as portas do estabelecimento voluntariamente, pelas respostas do check list e por

ter permitido efetuar registros fotográficos. Agradecemos a todos os professores da Faculdade COESP por todos os ensinamentos passados e principalmente a nossa orientadora, professora Ysa Helena que nos proporcionou mais facilidade para elaborarmos este artigo, por sua enorme paciência em nos explicar cada ponto do presente estudo e por sua grande paixão em ensinar.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, E. S. **AVALIAÇÃO DA GESTÃO DOS RESÍDUOS SÓLIDOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM HOSPITAIS DO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA-PB.** 2018. p. 94. Dissertação (Engenharia Civil e Ambiental). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa-PB. 2018

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 10004. Resíduos sólidos: classificação.** Rio de Janeiro, 2004.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE LIMPEZA PÚBLICA E RESÍDUOS ESPECIAIS (ABRELPE). **Panorama dos resíduos sólidos no Brasil.** São Paulo, 2018.

BRASIL. Ministério do meio ambiente. Conselho Nacional de Meio Ambiente. **Resolução nº 358, de 29 de abril de 2005.** Dispõe sobre o tratamento e a destinação final dos resíduos de serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Manual de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.** Brasília: AVISA, p. 182. 2006.

BRASIL. **Lei nº 12.305, de 2 de Agosto de 2010.** Institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos; altera a Lei no 9.605, de 12 de fevereiro de 1998; e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2 ago. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 222, de 28 de Março de 2018.** Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 28 mar. 2018.

CLICKPB. **Cartaxo entrega ampliação da Policlínica de Mandacaru nesta quarta-feira.** Redação, Publicado em 17.04.2019
<<https://www.clickpb.com.br/politica/cartaxo-entrega-ampliacao-da-policlinica-de-mandacaru-nesta-quarta-feira-258599.html>> Acesso em: 25 set. 2019.

GOMES, H. Z. **AVALIAÇÃO DO GERENCIAMENTO DOS RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL: uma revisão bibliográfica.** 2018. p. 43. Trabalho de

Conclusão de Curso (Engenharia Ambiental) - Faculdade Pitágoras, Uberlândia - MG. 2018.

SILVA, E. L., MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 3. ed. rev. atual., Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001. Disponível em: <<http://cursos.unipampa.edu.br/cursos/ppgcb/files/2011/03/Metodologia-da-Pesquisa-3a-edicao.pdf>> Acesso em: 27 set. 2019.

LIMA, G. C. B. LEVANTAMENTO E ANÁLISE DAS NÃO-CONFORMIDADES NA GESTÃO DE RESÍDUOS SÓLIDOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE GERADOS POR QUATRO **SETORES DE UM EAS DE GRANDE PORTE**. 2019. p. 76. Trabalho de Conclusão de Curso (Engenharia Biomédica). Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia-SP. 2019.

NASCIMENTO, L. M. R; JÚNIOR, L. B. B; PROENÇA, M. S; ROMANI, R. F;; CERQUEIRA, V. S. **DIAGNÓSTICO QUALITATIVO DO MANEJO DOS RESÍDUOS SÓLIDOS DE SERVIÇO DE SAÚDE DE UM HOSPITAL VETERINÁRIO**. In: 2º Congresso Sul-Americano de Resíduos e Sustentabilidade. Foz do Iguaçu - PR, p. 1 – 6, 2019.

UEHARA, S. C. S. A; VEIGA, T. B; TAKAYANAGUI, A. M. M. **Gerenciamento de resíduos de serviços de saúde em hospitais de Ribeirão Preto (SP), Brasil**. *Revista de Engenharia Sanitária Ambiental*. Vol. 24, n 1, p. 121-130. 2019.

**DIFICULDADES ENFRENTADAS NA GESTÃO PÚBLICA HOSPITALAR:
Um olhar sobre o trabalho da enfermagem**

Giltânia Menezes
Gustavo Teixeira Correa
Victor Viera de Melo Oliveira
Eliane Alves de Melo
Jurandy de Andrade Freire

1 INTRODUÇÃO

Trabalho profissional, diz respeito a trabalhos especializados e reconhecidos socialmente como necessários para a realização de determinadas atividades. O conceito de profissão remonta a Idade Média e origina-se das características do trabalho do tipo artesanal desenvolvido nas guildas ou corporações de artífices daquele período histórico. Apesar de existir divisão do trabalho, hierarquia e atividades de coordenação e gerenciamento do processo de produção, os produtores eram donos dos instrumentos, tinham controle sobre o processo, o produto e o ritmo do trabalho, assim como sobre a produção e reprodução dos conhecimentos necessários ao seu trabalho. (REBEN, 2009).

A Enfermagem é uma profissão de saúde reconhecida desde a segunda metade do século XIX, quando Florence Nightingale acrescentou atributos a um campo de atividades de cuidado à saúde desenvolvida, milenarmente por indivíduos ou grupos, com diferentes qualificações e em diferentes cenários. Com Florence, o cuidado ganhou especificidade no conjunto da divisão do trabalho social, e foi reconhecido como um campo de atividades especializadas e necessárias/ úteis para a sociedade e que, para o seu exercício, requeria-se uma formação especial e a produção de conhecimentos que fundamentassem o agir profissional. (REBEN, 2009).

No Brasil, a divisão interna do trabalho da enfermagem deu origem às várias modalidades: trabalho auxiliar (técnico de enfermagem, auxiliares de enfermagem, atendentes de enfermagem) ficando para o enfermeiro as atividades de ensino, supervisão e administração do pessoal auxiliar, além da maioria das atividades de assistência. Essa diversidade de agentes instalou o corte representado pela divisão entre o cuidado direto e o cuidado indireto (MELO 1986, SILVA, 1997, LIMA 1998).

A Política Nacional de Humanização (PNH) buscou colocar em prática os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no cotidiano dos serviços em busca de

melhorias na inter-relação da própria equipe multiprofissional inseridas no âmbito do trabalho nos serviços de saúde.

No cotidiano de trabalho o enfermeiro é o mediador da equipe de saúde/enfermagem mediante diversas situações conflituosas e utiliza várias estratégias para lidar com essas situações. Entretanto, esse profissional, muitas vezes apresenta dificuldades em lidar com o conflito organizacional, de forma coletiva, ou seja, promovendo espaços para que os profissionais, principalmente, da enfermagem tenham oportunidade de analisar seus conflitos conjuntamente.

Conflitos são discordâncias internas entre duas ou mais pessoas, envolvendo posicionamentos, percepções, valores ou sentimentos. Eles se reportam aos teóricos interacionistas, para os quais o conflito é uma necessidade absoluta estimulada às organizações, no sentido de gerar crescimento. Ressaltam que o conflito pode ser tanto destrutivo quanto construtivo e que depende da maneira como é conduzido. (MARIA; MILADI; TERESINHA, 2006).

O presente trabalho tem o objetivo de descrever algumas dificuldades enfrentadas na gestão pública hospitalar que interferem no processo de trabalho da equipe de enfermagem. Espera-se que este esforço acadêmico sirva de fonte teórica para estudantes e profissionais da enfermagem como subsídio para pesquisas futuras.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

CONDIÇÕES DE TRABALHO.

As condições de trabalho nas instituições públicas vêm se evidenciando como desfavoráveis à saúde dos profissionais de saúde. A crise no sistema de saúde brasileiro, principalmente nas organizações hospitalares públicas, não é novidade, e está associada à conjuntura econômica do país e ao descaso dos gestores públicos em relação à administração da saúde. A gravidade deste problema aumentou após a reforma do estado, tendo em vista que, definiu como as diretrizes básicas a redução de despesas, principalmente do qualitativo de funcionários públicos (responsabilidade fiscal), propiciando, dentro outros, efeitos imediatos na política de recursos humanos em saúde, que trouxe dificuldades assistências e gerências,

afetando diretamente o qualitativo de pessoas nas instituições hospitalares.

(ALEXANDRINO; CHRISTINA; FONTES; GOMES; YVONE, 2010, p.1)

O processo de humanização no trabalho da enfermagem é uma questão a ser refletida, pois a maioria dos profissionais enfrenta situações difíceis em seu ambiente de trabalho, tais como baixas remunerações, pouca valorização da profissão e descaso frente aos problemas identificados pela equipe, especialmente quanto ao distanciamento entre o trabalho prescritivo, o preestabelecido institucionalmente e aquele realmente executado junto ao cliente. (BUSS; COELHO; SCHWARTZ, 2006).

Alguns estudos apontam que a sobrecarga de trabalho e o pouco tempo destinado ao descanso são situações que comprometem também a saúde mental do trabalhador, podendo acarretar problemas pessoais, nas relações interpessoais e no desempenho de suas atividades profissionais. (ALEXANDRINO; CHRISTINA; FONTES; GOMES; YVONE, 2010, p.4).

Cabe ressaltar que as organizações hospitalares são sistemas complexos, constituídos por diversos setores e profissões, tornando-se instituições formadas por trabalhadores expostos a situações emocionalmente intensas tais como vida, doença e morte, o que frequentemente desencadeia ansiedade, tensão física e mental. Outro fator que tende a agravar essas alterações emocionais encontra-se no fato do trabalho ser executado de forma fragmentada, o que intensifica a lacuna existente entre as ações desenvolvidas pelos profissionais, pois neste trabalho identifica-se uma compartimentação da pessoa a ser cuidada. (BUSS; COELHO; SCHWARTZ, 2006, p.1).

Outro fato importante constatado é o descontentamento dos trabalhadores em relação aos padrões rígidos e, muitas vezes, autoritários, adotados pelas empresas. Esta situação vem sendo modificada pela incrementação do Programa de Humanização Hospitalar, cujo enfoque está na implantação de uma cultura humanista e democrática, na qual todos os trabalhadores precisam ser ouvidos, o que favorece a valorização do ser humano. (BUSS; COELHO; SCHWARTZ, 2006).

Segundo (CASSOL; LÚCIA; MARION; PETRI; PROCHNOW, 2010) o acúmulo de função que implica a falta de tempo para exercer suas atividades e a falta de recursos humanos pode sobrecarregar os trabalhadores no plano físico ou

mental, traduzindo-se em sofrimento. O sofrimento ou desgaste psíquico precisa ser identificado no cotidiano laboral, uma vez que pode comprometer a saúde do trabalhador. (CASSOL; LÚCIA; MARION; PETRI; PROCHNOW, 2010)

As condições de trabalho implicam de forma direta na relação do trabalho entre a equipe de enfermagem, pois um ambiente insalubre cheio de problemas vai gerar uma série de conflitos entre a equipe que compõe esse ambiente de trabalho. Os estudos mostram que tudo isso gera uma série de problemas que vão desencadear uma baixa qualidade na produção de seus trabalhos e nos seus relacionamentos interpessoais, onde, por um lado, o funcionário é levado a ser perceber como um elo importante na rede de produção, sob a forte pressão de atender aos interesses organizacionais, enquanto por outro lado percebe a suadescartabilidade e facilidade de substituição, como uma peça de uma engrenagem. Diante desta constatação, o pacto torna-se frágil na medida em que o outro (o seu companheiro de equipe) passa a ser percebido como constante fonte de competição e ameaça. (CRISTINA, 2006).

ESTRESSE

Ao longo da sua história o processo de trabalho tem sofrido modificações. Vivenciando uma rotina de trabalho estressante, sem planejamento operacional de suas atividades cotidianas, desgaste, cansaço e sobrecarga, na longa jornada de trabalho, o trabalhador se vê diante de um seríssimo problema que se chama Estresse. Segundo alguns autores, o processo de trabalho é o modo como o ser humano produz e reproduz sua existência.

Desse modo, o agir do trabalhador e particularmente do enfermeiro, em realidades concretas, pode apresentar condições e dinâmicas que contribuam com estratégias de mudanças da realidade. Em face das crescentes mudanças no mundo e particularmente, na profissão, o enfermeiro tem buscado a especialização como forma de abrir espaços para atuar ao mesmo tempo em diversas instituições e empresas. (MONTEIRO; REGINA; SÔNIA; SOARES, 2006).

A correria e os desencontros que os eventos estressantes permeiam os hospitais e levam os enfermeiros, bem como os demais profissionais, ao esgotamento, gerador de profissionais

indiferentes, apáticos e cansados, dominados por estresse e desmotivação, com consequentes conflitos e insatisfações. (MONTEIRO; REGINA; SÔNIA; SOARES, 2006, p.2).

A motivação tem sua origem no interior do indivíduo. Diversos motivos ou causas são importantes para mover o comportamento. Interesse financeiro em primeiro lugar e interesse na aprendizagem juntamente com o interesse em ampliar os horizontes profissionais. (MONTEIRO; REGINA; SÔNIA; SOARES, 2006)

O estresse é uma das causas de conflitos entre os membros da equipe e ao grupo de trabalho e em particular, ao trabalhador, individualmente. (ALINE; JORGE, 2009, p.2). O estresse desencadeia uma série de problemas dentro do ambiente de trabalho, um local onde os profissionais vivem em constante convívio com o estresse leva-os a desenvolver sério problemas de relacionamento com a própria equipe, e com isso faz com que a assistência prestada e o próprio relacionamento sejam afetados de forma direta.

FALTA DE CONFIANÇA

Em contrapartida, nas equipes de saúde, verificamos a existência de situações específicas que impactam a sua estrutura, tais como: dominância de um discurso particular, resultando na exclusão de outro e falta de confiança Interprofissional resultante de relações de poder entre as profissões. (CRISTINA, 2006).

PROBLEMA COM A COMUNICAÇÃO

Na comunicação interpessoal a capacidade que o comunicador deve possuir para expressar o que sente, pensa e precisa, aliada ao fato do receptor ser um bom ouvinte e está aberto a escutar de fato seu interlocutor, facilita o sucesso da comunicação. No entanto, alguns empecilhos à comunicação merecem ser citados: a falta de articulação e compreensão do problema; o engodo nas relações, que acarreta falta de confiança e cooperação; as percepções de posição/status que podem distorcer a comunicação; fatores pessoais como irritação do receptor em relação ao transmissor; diferentes estilos de comunicação advindos de

características pessoais, de gênero ou culturais. (HELENA; MARIS, 2006).

Os tipos de comunicação mais conhecidos e estudados são a comunicação verbal e a comunicação não verbal. No entanto, outra forma de comunicação surge e domina cada vez mais o ambiente de trabalho: a comunicação virtual. O processo de comunicação das informações, organizado em sistemas informatizados e com funções diversas, garante que as pessoas recebam informações com facilidades para quem as envia, já que o princípio utilizado é o da inclusão de nomes em listas. Essas inclusões transformam as listas em verdadeiras redes sociais de informação. Nessa situação, os sistemas de informações potencializam o pensar, facilitam o fazer e motivam o comunicar-se na Enfermagem. Os sistemas de informação podem facilitar a troca de informações entre os diferentes níveis organizacionais, inclusive colocando-os em contato direto com as necessidades da clientela de Enfermagem. (HELENA; MARIS, 2006, p.5).

Na gerência, a competência comunicacional é essencial, visto que, para organizar é indispensável comunicar-se, a fim de estabelecer metas, canalizar energias e identificar e solucionar problemas (aprender a comunicar-se com eficácia é crucial para incrementar a eficiência de cada unidade de trabalho e da organização como um todo. (HELENA; MARIS, 2006).

Segundo Maria; Miladi; Teresinha (2006) a comunicação passa a ter a função de promover o relacionamento entre as pessoas. Se não houver coparticipação entre emissor e receptor na busca de soluções, não ocorrerá mudanças de comportamento e de crescimento nas relações interpessoais. É um elo entre equipes, uma alternativa para solucionar problemas, principalmente, o que está relacionado a conflito constante.

Fica claro que a comunicação entre as equipes interfere na dinâmica de funcionamento do processo de trabalho. Importante destacar que a comunicação também é identificada como um instrumento de trabalho, tanto do enfermeiro, quanto da equipe. (MARIA; MILADI; TERESINHA, 2006) A falta de uma comunicação direta pode ocasionar serios problemas da equipe, pois com essa deficiência pode provocar atritos entre os profissionais de um determinado setor e com isso dificultar o relacionamento de todos que estão inseridos nesse ambiente.

3 METODOLOGIA

Este trabalho consiste em uma pesquisa bibliográfica, com análise qualitativa do tema abordado. Foram pesquisados artigos indexados nas bases de dados Scientific Electronic Libray Online- Scielo e Biblioteca Virtual de Saúde - BVS através das palavras chaves: trabalho em equipe, relacionamento entre equipe, fatores que interfere na relação de trabalho, relação de trabalho e enfermagem. Foram utilizados como critérios de inclusão: artigos gratuitos, disponíveis em texto completo e publicados em português, e excluídos os artigos pagos, em textos incompletos e em línguas estrangeiras. Após a aplicação dos critérios foram selecionados, para a composição dos resultados, 30 artigos que foram submetidos a etapa do fichamento para que respondessem ao objetivo proposto e compusessem os resultados do estudo.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

PROBLEMAS NO GERENCIAMENTO.

O trabalho de enfermagem como instrumento do processo de trabalho em saúde, subdivide-se em vários processos de trabalho como cuidar/assistir, administrar/gerenciar, pesquisar e ensinar. Dentre esses, o cuidar e o gerenciar são os processos mais evidenciados no trabalho do enfermeiro.

Essas funções gerenciais apontadas como responsabilidade do enfermeiro, permitem vislumbrar caminhos para compreender com maior clareza que "gerenciar" é uma ferramenta do processo de trabalho "cuidar" ao exemplificar como o enfermeiro pode fazer uso dos objetos de trabalho "organização" e "recursos humanos" no processo gerencial que por sua vez, insere-se no processo de trabalho "cuidar" que possui como finalidade geral a atenção à saúde evidenciada na forma de assistência (promoção, prevenção, proteção e reabilitação).

As habilidades para a tomada de decisão compõem-se do pensamento crítico sobre as situações com base em análise e julgamento das perspectivas de cada proposta de ação e de seus desdobramentos. O raciocínio lógico e intuitivo e a avaliação permeiam esse processo. Dentre os conhecimentos da área de administração a serem adquiridos nesta temática estão: o conhecimento da cultura e

das estruturas de poder das organizações, o processo gerencial da tomada de decisão composto pelo estabelecimento de objetivos, procura de alternativas, avaliação de alternativas, escolha, implementação e avaliação.

Dessa forma podemos verificar que problemas no gerenciamento podem provocar vários conflitos entre uma equipe multiprofissional no seu ambiente de trabalho. Dentre as habilidades gerências que devem ser constituídas na experiência cotidiana está o gerenciamento de recursos humanos que se caracteriza como uma atividade importante para viabilização das práticas para administrar o trabalho das pessoas, assim como competência interpessoal que auxilia o enfermeiro gerente no enfrentamento de desafios em seu cotidiano, principalmente a falta de confiança que o ser humano tem em seu semelhante, a insegurança e, muitas vezes, a falta de empatia, o que torna as relações superficiais e pouco produtivas. (BOUTTELET; FÁTIMA; LÚCIA; MISHIMA, 2009)

Em outros estudos, realizados com enfermeiras que atuam em Unidades de Terapia Intensiva- UTIs, constatou-se que a dinâmica de trabalho dessas unidades dificulta o trabalho em equipe, pois os trabalhadores são pressionados o tempo todo para realizarem os cuidados sozinhos e com muita rapidez e eficiência. Verificamos também que os enfermeiros têm dificuldades para coordenar o trabalho em equipe nessa área, principalmente devido á falta de preparo para exercer essa função, originaria da formação acadêmica insuficiente e reforçada pela ausência de treinamento nas instituições. Em suma, os resultados mostram também que as enfermeiras precisam repensar a forma de gerenciamento de recursos humanos, sobretudo proporcionar espaço para ouvir os sentimentos e necessidades de todos os elementos da equipe. (BALSANELLI 2006)

No cotidiano das instituições de saúde, os enfermeiros ainda adotam postura bastante centralizadora e autoritária, o que tem dificultado o desenvolvimento de todos os elementos para realizar o trabalho em equipe. Estudos demonstram que, em locais de hierarquia rígida, estabelecida pelo grau de escolaridade de cada um dos elementos da equipe o enfermeiro fica no topo da cadeia de comando.

O desafio de gerenciar unidades de internação nos serviços de saúde e a íntegra do processo de trabalho da assistência de enfermagem têm repercussões entre os técnicos e auxiliares de enfermagem que, diante das dificuldades enfrentadas no

cotidiano de trabalho questionam a liderança da enfermeira, muitas vezes solicitando o desempenho do seu papel de supervisora/coordenadora do cuidar, objetivando a melhoria e o crescimento do ser humano/profissional, aplicando um modelo de supervisão, que se constitui num processo educativo e contínuo visando incentivar e orientar os supervisionados na execução de suas atividades. (BITTENCOURT; MARQUES; SANTOS, 2006, p.1)

Nas organizações, cabe ao líder do grupo mediar às situações de conflitos. Nessa perspectiva, o enfermeiro, como coordenador da equipe de enfermagem, necessita ter subsídios teóricos e vivências práticas para gerenciar as relações interpessoais. Pois, como gerente da assistência de enfermagem, este profissional, deve ser capaz de identificar, analisar e conduzir os conflitos no trabalho, de forma coletiva, sem que estes interfiram no serviço prestado. (APARECIDA; MENDES; OLIVEIRA; SOARES; TEREZA, 2009).

A falta de um bom gerenciamento da equipe pelo enfermeiro provoca muitas vezes vários conflitos dentro do ambiente de trabalho, e isso interfere diretamente na relação entre os profissionais que atuam dentro da equipe de enfermagem, e isso acarreta sérios problemas com a qualidade do atendimento dos seus pacientes. Dessa forma uma equipe que tenha um gerenciamento deficiente vai ficar sempre com problemas nos seus relacionamentos profissional dentro do ambiente de trabalho.

FALTA DE LIDERANÇA.

A liderança é tida como uma das principais competências a serem adquiridas pelo profissional de saúde. No trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz. (BALSANELLI, 2006).

As instituições hospitalares compostas por pessoas que as representam, necessitam saber direcionar suas políticas administrativas dentro desta nova proposta vigente. A enfermagem como se constitui em parte fundamental da estrutura organizacional, precisa preocupar-se com o seu

autodesenvolvimento, adquirindo novas habilidades, novos conhecimentos e domínio no uso das tecnologias emergentes, sendo que um dos primeiros itens que o enfermeiro, como coordenador de equipes precisa ter e dominar é a ferramenta da liderança. (CRISTINA; PAZETTO, 2005, p.1)

A Liderança Situacional baseia-se numa inter-relação entre a quantidade de orientação e direção (comportamento de tarefa) que o líder oferece, a quantidade de apoio sócio-emocional (comportamento de relacionamento) dado pelo líder e o nível de prontidão (maturidade) dos subordinados no desempenho de uma tarefa, função ou objetivo específico. (CRISTINA; PAZETTO, 2005).

Segundo (BITTENCOURT; MARQUES; SANTOS, 2006) este subtema descreve o comportamento da enfermeira na liderança do trabalho do cuidar em enfermagem onde predominam: decisões inadequadas e injustas, que impedem a convivência com a equipe; promoção de desconfiança, inimizade e desrespeito entre os liderados (técnicos e auxiliares de enfermagem).

A falta de um enfermeiro líder dentro de uma equipe pode provocar de forma direta vários conflitos na sua equipe, pois segundo os estudos abordados podemos perceber que a liderança dentro da equipe de enfermagem é de competência do enfermeiro, pois é ele que leva sua equipe para tomar determinadas decisões e é o enfermeiro que está à frente de sua equipe para passar segurança no que vão realizar dentro do ambiente de trabalho.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se, portanto, que, os fatores que interferem na relação de trabalho entre a equipe de enfermagem são os problemas no gerenciamento, a falta de liderança, as condições de trabalho, a competição dentro da equipe, o estresse, a falta de confiança e problemas com a comunicação, com isso identificamos nos nossos levantamentos bibliográficos que esses são os fatores mais citados quando se fala em dificuldades enfrentadas na gestão pública hospitalar que interferem no processo de trabalho da equipe de enfermagem.

Ainda que limitado a esse estudo, com uma quantidade pequena de artigo que abordam o tema pesquisado, considera-se que ele seja de real valia para chamar a atenção aos fatores que interferem diretamente na relação de trabalho

entre a equipe de enfermagem. É pertinente a realização de novos estudos relacionados ao tema exposto, pois, fornecerá embasamento mais consistente ao atual estudo e comprovaram a eficácia de sua implementação.

REFERÊNCIAS

AMESTOY, Simone Coelho; SCHWARTZ, Eda and THOFEHRN, Maria Buss. A humanização do trabalho para os profissionais de enfermagem. **Acta paul. enferm.** [online]. 2006, vol.19, n.4, pp. 444-449. ISSN 1982-0194.

BALSANELLI, Alexandre Pazetto and CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. Liderança no contexto da enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP** [online]. 2006, vol.40, n.1, pp. 117-122. ISSN 0080-6234.

BECK, Carmem Lúcia Colomé et al. Fatores que favorecem e dificultam o trabalho dos enfermeiros nos serviços de atenção à saúde. **Esc. Anna Nery** [online]. 2010, vol.14, n.3, pp. 490-495. ISSN 1414-8145.

HERCOS, Thaise Machado, et al. O trabalho dos profissionais de enfermagem em terapia intensiva na assistência ao paciente oncológico. **Rev. Bras. cancerol**;60(1):51-58, jan.-mar. 2014. Tab.

MAURO, Maria Yvone Chaves et al. Condições de trabalho da enfermagem nas enfermarias de um hospital universitário. **Esc. Anna Nery** [online]. 2010, vol.14, n.2, pp. 244-252. ISSN 1414-8145.

PEDUZZI, Marina et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Rev. esc. enferm. USP** [online]. 2013, vol.47, n.4, pp. 977-983. ISSN 0080-6234.

PERES, Aida Maris and CIAMPONE, Maria Helena Trench. Gerência e competências gerais do enfermeiro. **Texto contexto - enferm.** [online]. 2006, vol.15, n.3, pp. 492-499. ISSN 0104-0707.

PRETO, Vivian Aline and PEDRAO, Luiz Jorge. O estresse entre enfermeiros que atuam em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. esc. enferm. USP** [online]. 2009, vol.43, n.4, pp. 841-848. ISSN 0080-6234.

SANTOS, Iraci dos; OLIVEIRA, Sandra R. Marques de and CASTRO, Carolina Bittencourt. Gerência do processo de trabalho em enfermagem: liderança da enfermeira em unidades hospitalares. **Texto contexto - enferm.** [online]. 2006, vol.15, n.3, pp. 393-400. ISSN 0104-0707.

SPAGNOL, Carla Aparecida et al. Situações de conflito vivenciadas no contexto hospitalar: a visão dos técnicos e auxiliares de enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP** [online]. 2010, vol.44, n.3, pp. 803-811. ISSN 0080-6234.

SHIMIZU, Helena Eri and CIAMPONE, Maria Helena Trench. As representações dos técnicos e auxiliares de enfermagem acerca do trabalho em equipe na Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. 2004, vol.12, n.4, pp. 623-630. ISSN 1518-8345.

SILVA, Bernadete Monteiro da; LIMA, Flávia Regina Furtado; FARIAS, Francisca Sônia de Andrade Braga and CAMPOS, Antônia do Carmo Soares. Jornada de trabalho: fator que interfere na qualidade da assistência de enfermagem. **Texto contexto - enferm.** [online]. 2006, vol.15, n.3, pp. 442-448. ISSN 0104-0707.

STUMM, Eniva Miladi Fernandes; MACALAI, Rubia Teresinha and KIRCHNER, Rosane Maria. Dificuldades enfrentadas por enfermeiros em um centro cirúrgico. **Texto contexto - enferm.** [online]. 2006, vol.15, n.3, pp. 464-471. ISSN 0104-0707.

ROSSI, Flávia Raquel and LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acolhimento: tecnologia leve nos processos gerenciais do enfermeiro. **Rev..bras. Enferm.** [online]. 2005, vol.58, n.3, pp. 305-310. ISSN 1984-0446.

Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz
disponível
em <<http://cienciasecognicao.org/revista/index.php/cec/article/view/582>> **acesso em 21 de maio de 2015.**

WEIRICH, Claci Fátima; MUNARI, Denize Bouttelet; MISHIMA, Silvana Martins and BEZERRA, Ana Lúcia Queiroz. O trabalho gerencial do enfermeiro na Rede Básica de Saúde. **Texto contexto - enferm.** [online]. 2009, vol.18, n.2, pp. 249-257. ISSN 0104-0707.

A IMPORTÂNCIA DO SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA NAS UNIDADES HOSPITALARES

Luciana Rakel
Judite Souza
Christiane Patricia Ferraz Rabelo
Ysa Helena Diniz Morais de Luna
Victor Viera de Melo Oliveira

1. INTRODUÇÃO

Na instituição hospitalar, o Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) apresenta importância significativa. Observa-se na gestão documental, por exemplo, que o SAME apresenta-se como uma ferramenta que possibilita a dinamização das atividades de produção, bem como a tramitação, classificação, avaliação e arquivamento dos documentos. Dessa forma, facilita sobretudo, gerenciar dados. A princípio, o prontuário do paciente é o ponto inicial desse gerenciamento, pois ele irá fornecer informações a todos os demais setores da instituição hospitalar (FERREIRA et al. 2013 pg.100).

Basicamente, o SAME tem as seguintes finalidades: "Controlar os registros para o paciente ter acesso; guardar os prontuários; disponibilizar acesso a todos os serviços prestados na assistência hospitalar; contribuir com o ensino e a pesquisa; disponibilizar atestados e declarações" (SIEGMAN, 2013, pg. 5). Ou seja, o objetivo do SAME é a guarda e a preservação do prontuário médico (dados pessoais, evolução clínica, exames, radiografias entre outros) e a elaboração de relatórios e boletins estatísticos referentes ao movimento hospitalar.

De acordo com Siegmann (2013), o SAME disponibiliza de um serviço de solicitação de documentos fornecendo as informações necessárias. Nesse sentido, o prontuário é a principal ferramenta de informações básicas sendo algumas de sigilo médico e conjunto de fatos e assistência sobre saúde do paciente.

O Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal enfatiza que:

O prontuário deve ser organizado para prestar serviços ao paciente, ao corpo clínico, à administração do hospital e à sociedade. Serve como instrumento de consulta, avaliações, ensino, pesquisa, auditoria, estatística médico-hospitalar, sindicâncias, prova de que o doente foi ou está sendo tratado convenientemente, investigação epidemiológica, processos éticos e legais, comunicação entre os profissionais de assistência ao paciente, defesa e acusação (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DF, 2006. Pg. 11) ||

No Brasil, ainda percebe-se que muitos locais têm dificuldade em administrar o setor responsável pelos prontuários, pois é comum telejornais estarem

transmitindo casos em que pacientes tiveram seu direito a atendimento negado devido ao prontuário médico ter desaparecido.

As informações disponibilizadas pelo SAME são tão importantes em um atendimento e passam por diversos setores. Podemos deixar claro que o SAME interage com os seguintes segmentos da área da saúde: equipe de médicos, equipe de enfermeiros, equipe de assistentes sociais, equipe de nutricionistas, equipe do serviço de farmácia, e por fim, a equipe do setor administrativo. E devido a essa interação com o setor técnico e o administrativo que o SAME permite a avaliação dos pacientes atendidos (FRANÇA, 2014, pg. 26).

França (2009) definiu SAME como instrumento importante para pacientes, para a instituição e também citou a relevância do SAME para fins de pesquisa: "o conjunto de documentos que relatam a história e a vida clínica do paciente, de valor imensurável para a instituição, e de grande utilidade para o ensino e para a pesquisa". A autora destacou ainda que o SAME precisa ser melhor elaborado e manipulado, preservando a integridade dos seus elementos.

Outro ponto de destaque referente ao SAME e bastante necessário é a qualidade na estrutura do arquivo médico e estatístico, pois ela estará ligada à organização do seu acervo (FRANÇA, 2009).

Antigamente, não haviam computadores e toda a tecnologia que temos hoje. Os hospitais mudaram seu modo de armazenar informações à medida que ocorreram as transformações no mundo tecnológico (GRIGÓRIO, 2015).

De acordo com Grigório (2015, pg. 23) mesmo havendo essa transformação que possibilita banco de dados online e todo avanço tecnológico que impactou positivamente o gerenciamento de dados, muitos hospitais enfrentam dificuldades em administrar essas informações:

Embora a tecnologia seja uma grande aliada no processo de criação de documentos nos arquivos hospitalares, a realidade assistida na maioria dos hospitais está muito além do que se deseja, de modo que muitas são as dificuldades a serem enfrentadas. As massas documentais acumuladas, em sua maioria no suporte papel, dificultam pela falta de tratamento arquivístico, a recuperação da informação por parte dos usuários internos e externos GRIGÓRIO (2015. Pg. 23).

A autora supracitada ainda aponta que a equipe gestora é extremamente importante para as instituições hospitalares e precisa ser de excelência, pois são eles que serão capazes de diminuir as dificuldades encontradas na criação de

documentos nos arquivos hospitalares e conduzir corretamente esse processo e melhorá-lo (GRIGÓRIO, 2015).

A partir dessa motivação e tendo ciência da real importância do SAME em todas as áreas médicas, busca-se apresentar de que forma esse setor interage com diversos setores até se consolidar e os entraves que a gestão enfrenta.

Assim, a presente pesquisa considera a hipótese de que apenas com o envolvimento de uma gestão focada e de toda a equipe Multiprofissional alcance de forma satisfatória e efetivamente o objetivo do SAME, desde a sua elaboração ao seu arquivamento até ser utilizado.

Neste contexto, surgiu a seguinte problemática: qual a importância do SAME bem como os desafios na elaboração e arquivamento do mesmo?

O objetivo do presente trabalho é evidenciar através da literatura científica os desafios na elaboração e arquivamento do mesmo.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

No que se refere a ética no SAME, destacamos os devidos cuidados a serem tomados como os prontuários médicos e a ética médica que envolve os mesmos, uma vez que as informações acerca dos pacientes só podem ser fornecidas com o consentimento deste, bem como é obrigação do hospital manter sua guarda em segurança.

Compreende-se que o prontuário médico não é somente o registro da anamnese do paciente, mas todo o conjunto de documentos e informações referentes aos cuidados médicos prestados em favor do mesmo.

O Conselho Federal de Medicina (CFM), no Artigo 1º da Resolução de nº 1.638/2002, define o Prontuário do Paciente como sendo um: "Documento único constituído por um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, utilizado para possibilitar a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo" (CARVALHO, 2008).

Já para o Ministério da Saúde seria: "Um conjunto de documentos ordenados e padronizados destinados aos registros dos cuidados médicos prestados pelos médicos e outros profissionais da saúde nos serviços de saúde pública ou privada"

(CARVALHO, 2008).

No sentido etimológico, a origem da palavra *prontuário* vem do latim “*promptuarium*”. O significado expressa o “lugar onde são guardadas coisas de que se pode precisar a qualquer momento” e “ficha que contém os dados pertinentes de uma pessoa” (HOUAISS, 2009, pg. 1561).

O prontuário médico se presta fundamentalmente a algumas funções tais como demonstrar a qualidade do atendimento despendido ao paciente, esclarecer informações médicas e o processo de decisão clínica, a formulação de estatísticas clínicas e administrativas, além de possibilitar a edição de relatórios gerenciais com o desenvolvimento de uma política de planejamento estratégico que permitem o gerenciamento de aspectos ético-legais.

O Código de Ética Médica também reconheceu a importância do prontuário com destacando a responsabilidade do médico no que se refere a sua elaboração e preenchimento devidamente coerente a cada paciente e com as suas informações necessárias:

O prontuário deve conter os dados clínicos necessários para a boa condução do caso, sendo preenchido, em cada avaliação, em ordem cronológica com data, hora, assinatura e número de registro do médico no Conselho Regional de Medicina (CFM, 2009).

Nesse mesmo pensamento, o médico precisa assegurar o direito ao paciente do acesso ao seu prontuário. De acordo com Messetti (2014) “para alguns pacientes são impostas dificuldades para obter seus prontuários, que apenas são conseguidos por vias judiciais ou após longo período majorado de angústias. Essas negativas são também imorais, e ilegais, descumprem os contratos de prestação de serviços de saúde e deveriam também submeter seus praticantes a punições e a consequências profissionais e civis.”

Todavia, o autor supracitado ressalta que nem sempre as ocorrências em saúde não dependem apenas do prontuário, mesmo ele sempre parte essencial, ele reforça que é a falta do prontuário ou incorreção que podem conduzir casos a conclusão de “supor por indícios e provas, em determinados casos, que a falha de má atuação ou de negativa de atendimento decerto ocorreu, e por responsabilidade de uma atuação profissional ou contratual em desacordo com as boas práticas de saúde” (MESSETTI, 2014).

De acordo com Patrício *et al.* (2011), apesar dos prontuários em papel serem as formas mais tradicionais, esse tipo de documento fica sujeito a falta de

privacidade e de risco de extravio. Além disso, os autores completam:

Existe, ainda, a dificuldade para recuperação de informações importantes para tomada de decisão e/ou que devem ser compartilhadas entre os profissionais de saúde e com os pacientes. Outras restrições impostas pelos registros em papel podem ser observadas durante as consultas, nas quais os pacientes são solicitados a fornecer a história médica (histórico familiar, alergias, medicamentos utilizados, condições prévias existentes, procedimentos já realizados)]. PATRÍCIO *et al.* (2011) apud SALVADOR *et al.* (2005) apud DIAS (2008).

Historicamente, na década de 1960 foi registrado o início do uso de sistemas de informação em benefício a comunicação entre os setores do hospital, conseqüentemente auxiliando o armazenamento de informações sobre os pacientes. Dessa forma, os Prontuários Eletrônicos do Paciente (PEP) foram ganhando espaço principalmente, em 1972, nos Estados Unidos, após o *National Center for Health Services Research and Development* e o *National Center for Health Statistics* desenvolverem um patrocínio dando ênfase ao estabelecimento de uma estrutura para registros médicos ambulatoriais eletrônicos (COSTA, 2001).

Apenas em 2002, o Brasil iniciou mobilizações para definir um modelo de PEP através do Ministério da Saúde, a partir da definição de informações que deveriam constar no documento a respeito do paciente, posteriormente a isso, as Comissões de Revisão de Prontuários ficariam com a responsabilidade de fiscalizar se os registros continham as informações adequadas (BRASIL, 2002).

O marco da introdução do PEP no Brasil ocorreu no de 2007, quando o Conselho Federal de Medicina (CFM) autorizou eliminar o documento em papel e a troca de informações identificadas em saúde para o uso de sistemas informatizados e documentos digitalizados (BRASIL, 2007).

Sabendo que o PEP facilita a o armazenamento das informações, Sabattini (2002) ressalta que a partir da chegada do PEP são observados benefícios como: um documento de fácil entendimento, uma central de serviços de informação, um promotor de saúde, um promotor de saúde e de prevenção de problemas e divulgador de informações confiáveis sobre medicina e saúde].

Sob esta mesma ótica, Perondi *et al.* (2008) realizaram um estudo que culminou em um artigo, onde os autores citam os aspectos positivos do PEP, os

quais estão listados: Inexistência da possibilidade de extravio das fichas; Controle do fluxo de pacientes nos serviços de saúde; Possibilidade de priorização do atendimento para os casos graves; Disponibilidade dos dados de atendimentos prévios e histórico do paciente; Solicitação e verificação de exames e de medicações; e, Mais agilidade.

Porém, Patrício *et al.* (2011) também aponta que a literatura científica possui estudos que registram os pontos negativos do uso do prontuário eletrônico nas instituições hospitalares, tais como: necessidade de grandes investimentos em hardwares, softwares e treinamentos dos usuários; resistência dos profissionais de saúde ao uso de sistemas informatizados; receio dos profissionais em expor suas condutas clínicas, uma vez que o PEP pode ser visualizado por outros colegas; demora em obter reais resultados da implantação do PEP; o sistema pode ficar inoperante por horas ou dias, tornando as informações indisponíveis; dificuldade para coleta de todos os dados obrigatórios; seu uso e acesso indevidos podem colocar a questão da confiabilidade e segurança das informações do paciente em risco.

3. METODO

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura sobre a importância do SAME nos serviços de saúde. A revisão integrativa é um método que analisa as principais pesquisas relevantes em determinada área, assim contribuindo para aperfeiçoamento e aprofundamento do assunto a ser estudado. Para iniciar a elaboração da revisão é necessário determinar os objetivos, levantar as possíveis hipóteses ou questionamentos, a partir disto realiza a busca das pesquisas relevantes de acordo com os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A busca na literatura ocorreu no mês de novembro de 2018 na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) nas seguintes bases de dados: LILACS, (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e Coleção SUS. Foi utilizado o operador booleano AND. Os cruzamentos utilizados para a busca foram os seguintes: Serviço Hospitalar de Registros Médicos|| AND Serviços de Saúde.

Os critérios de inclusão para seleção dos artigos foram: Idioma português,

SABERES CIENTÍFICOS: SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR

disponível na íntegra, artigos que abordassem a temática da pesquisa. Fizeram parte da amostra as publicações presentes nas bases de dados selecionadas publicadas entre 2008 a 2018. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, artigos não disponíveis na língua vernácula, os não disponíveis na íntegra e que não

	ANO	TÍTULO	AUTOR	OBJETIVO	TIPO DE PUBLICAÇÃO	RESULTADO
1	2009	capacitação de técnicos/auxiliares de enfermagem: discussão nos registros de enfermagem adicionados ao prontuário pré-hospitalar móvel	<u>Alveira, Cibele Lima</u> ; <u>Almeida, Mariana Soares de.</u>	Avaliar o impacto de um curso de capacitação na melhoria dos registros realizados por técnicos/auxiliares de enfermagem no atendimento pré-hospitalar a crianças menores de cinco anos com dificuldade respiratória.	Artigo	O curso de capacitação implementado proporcionou melhor comunicação com a central médica de regulação no repasse objetivo dos sinais de dificuldade respiratória, favorecendo a adoção de condutas apropriadas.
2	2013	Sistema de informações hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS): uma análise do seu desempenho na identificação de near miss materno	<u>Okamura-eira, Marcos; Mendes-a.</u> ; <u>Alface; Dias, Marcos Augusto</u> ; <u>Reichenheiser; Michael Lobato.</u> ; <u>Costa.</u>	Avaliou o desempenho do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS) na identificação de casos de near miss materno ocorridos em hospital do Rio de Janeiro, em 2008.	Artigo	O estudo concluiu que o SIH-SUS não é adequado para o monitoramento dos casos de <i>near miss</i> materno.

abordaram a temática proposta.

SABERES CIENTÍFICOS: SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR

3	013	<u>demanda de Pronto-Socorro pediátrico: caracterização enfermagem</u>	<u>rrué, Andrea</u> <u>reira; Neves,</u> <u>ne</u> <u>sch; Buboltz,</u> <u>nanda</u> <u>sa; Jantsch,</u> <u>nardo</u> <u>olin; Zanon,</u> <u>na Pase.</u>	Caracterizar os atendimentos realizados pela equipe de enfermagem em um Pronto-Socorro Pediátrico.	Artigo	A demanda de serviço caracteriza-se como ambulatorial, e os acidentes na infância foram prevalentes nos atendimentos de emergência.
4	2013	<u>Características dos agravos e da assistência prestada aos idosos em um serviço pré-hospitalar móvel</u>	<u>Barros, Márcia</u> <u>Abath Aires</u> <u>de; Oliveira,</u> <u>Danielle</u> <u>Samara</u> <u>Tavares</u> <u>de; Carvalho,</u> <u>Mariana</u> <u>Albernaz</u> <u>Pinheiro</u> <u>de; Fernandes,</u> <u>Maria das</u> <u>Graças de</u> <u>Melo; Costa,</u> <u>Kátia Neyla de</u> <u>Freitas</u> <u>Macedo; Sant</u> <u>os, Kamyla</u> <u>Félix Oliveira</u> <u>dos.</u>	Caracterizar os principais agravos que acometem a população idosa em um serviço pré-hospitalar móvel no município de João Pessoa, Paraíba, e verificar o atendimento prestado a esses idosos por parte dos profissionais de saúde	Artigo	Carência de planejamento específico para o público em questão e a inexistência de procedimentos específicos de atendimento diante da crescente necessidade de abordagens preventivas para os idosos vitimados.
5	2013	<u>Gerenciamento de enfermagem em unidade de emergência: dificuldades e desafios</u>	<u>Zambiasi,</u> <u>Bruno Rafael</u> <u>Branco; Costa,</u> <u>Andrea</u> <u>Monastier.</u>	Identificar as dificuldades e desafios em relação ao gerenciamento de enfermagem em uma Unidade de Emergência, bem como relatar as atividades gerenciais desenvolvidas pelos enfermeiros.	Artigo	Conclui-se que o profissional enfermeiro vem enfrentando barreiras constantes quanto à qualidade da assistência e do trabalho desenvolvido, no qual a falta de profissionais e o nível de estresse se tornam problemas de difícil solução.
6	2014	<u>Caracterização dos atendimentos por queimaduras em um serviço de pronto-socorro</u>	<u>Cantarelli-</u> <u>Kantorski,</u> <u>Karen</u> <u>Jeanne; Martin</u> <u>s, Caroline</u> <u>Lemos; Andolh</u> <u>e,</u> <u>Cândida; Brum</u> <u>, Alberto Luiz</u>	Caracterizar os atendimentos por queimaduras, em um Pronto-Socorro do Sul do Brasil.	Artigo	Precariedade dos registros é um achado que deve ser valorizado pelos profissionais dos serviços

SABERES CIENTÍFICOS: SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR

			<u>de; Dal Pai, Daiane; Echevarria-Guanillo, Maria Elena.</u>			no atendimento a pacientes com queimaduras .
7	2014	Perfil populacional de idosos encaminhados à seleção de próteses auditivas em hospital público	<u>Araujo, Tiago de Melo; Lório, Maria Cecília Martinelli.</u>	Identificar o perfil populacional de idosos encaminhados à seleção de próteses auditivas em um hospital público, no que diz respeito às características sociodemográficas, de saúde geral e auditiva.	Artigo	O perfil dos idosos foi obtido e nos levou a reflexões importantes sobre acessibilidade e aos serviços de saúde e da educação em saúde.
8	2014	<u>Prontuários hospitalares</u>	Alexandra Nascimento	Analisar o registro de prontuários hospitalares como subsídio para a gestão em saúde	Monografia	Apontou que houve variáveis registradas e outras não
9	2014	Programa SOS Emergências : um olhar para a gestão e a experiência para qualificar a emergência	<u>Sprovieri, Sandra Regina Schwarzwälder; Cosentino, Fernando Costa de Carvalho; Amadio, Camila Ribeiro; Alves, Bruno Ricardo; Farias, Guilherme Duarte; Libera, Pedro Henrique Della; Jou, Richard Waysean; Andrade, Washington de; Oliveira, Caroline Santana de; Basílio, Tatiane Pereira; Silva, Cell Regina Noca da.</u>	Visualizar a dinâmica da porta de entrada, saída e processo de trabalho em um serviço de emergência que integra o Programa SOS Emergências.	Artigo	O Programa SOS Emergências tem alcançado resultados positivos na gestão de leitos, da qualidade da assistência e do acesso aos usuários, porém falta melhorar a gestão das portas de entrada e dos processos de saída.

SABERES CIENTÍFICOS: SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR

10	2015	Padrão e necessidade de atendimento pré-hospitalar a idosos	<u>Gonsaga, Ricardo</u> <u>Alessandro Teixeira; Silva, Eduardo Marques da; Brugugnolli, Izabela Dias; Cabral, Jader Labegalini; Thomé Neto, Orlando.</u>	Escrever os atendimentos de idosos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência SAMU no município de Catanduva-SP, com base em registros de atendimentos aos indivíduos com idade superior a 59 anos lá realizados.	Artigo	Observam-se maiores taxas de ocorrências com o aumento da faixa etária e utilização mais frequente de atendimento hospitalar terciário pós-ocorrências, fato que caracteriza, de maneira geral, o modelo hospitalocêntrico.
----	------	---	---	--	--------	---

Nessa busca, os critérios de inclusão para seleção dos artigos foram: Idioma português, disponível na íntegra, artigos que abordassem a temática da pesquisa. Fizeram parte da amostra as publicações presentes nas bases de dados selecionadas publicadas desde 2008. Os critérios de exclusão foram principalmente, os artigos que não abordaram a temática proposta, artigos duplicados e os não disponíveis na íntegra.

Foram encontrados 1.044 artigos utilizando a combinação "Serviço Hospitalar de Registros Médicos" AND "Serviços de Saúde".

Após aplicar o critério de seleção ano da publicação "2008 a 2018" foram obtidos 308 artigos. Já, em seguida, aplicando o filtro "idioma português" foram obtidos 31 artigos. Foi realizada uma leitura dos títulos dos artigos mais relevantes e coerentes a temática e também para verificar os repetidos excluindo os que estavam fora da proposta. Nesse sentido, os resultados foram no total de dez artigos selecionados para a presente pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

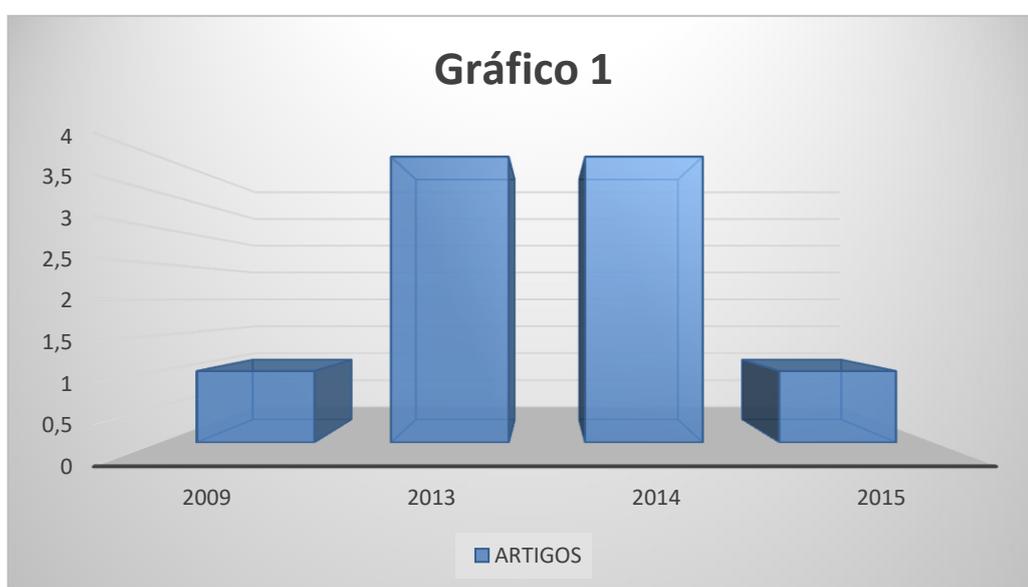
Após a leitura minuciosa dos artigos selecionados para a pesquisa, foi elaborada a Quadro 01, a seguir, analisando a classificação dos estudos, quanto aos seguintes aspectos: Ano da publicação, título do artigo, autor (es), objetivo, tipo de publicação e resultado mais relevante.

Quadro 01. Revisão Integrativa

Fonte: Dados da pesquisa (2018).

Em relação ao local onde se desenvolveram os estudos, todos foram instituição hospitalar, dentre essas instituições dos seguintes tipos: pública, particular ou de ensino.

As distribuições de estudos, de acordo com o ano da publicação, obtiveram os resultados: um artigo em 2009, quatro artigos em 2013, quatro em 2014, sendo três artigos e uma monografia e um artigo 2015. O Gráfico 1 apresenta essa distribuição.



Fonte: Dados da Pesquisa (2018).

Os artigos que compõem a pesquisa foram nove. Em seguida, uma monografia de Especialização. Conforme o Gráfico 2 apresenta os dados mencionados.



Fonte: Dados da Pesquisa (2018).

Embora todos os estudos analisados sejam da área da saúde, as temáticas abordadas apresentaram variação com objetivos e resultados, conforme sintetizados e apresentados no Quadro 1.

Dessa forma, todos os estudos analisados evidenciam a relevância dos arquivos médicos, prontuários ou SAME nas unidades hospitalares.

Em estudo realizado por Silveira *et al.* (2009), indicou que a ficha de atendimento utilizada na avaliação pós-treinamento (2007/2008), o instrumento de avaliação da dificuldade respiratória disponibilizado aos técnicos/auxiliares de enfermagem durante as ocorrências, influenciaram na melhoria do registro da informação. Destacando assim, a importância de estratégias de capacitação dos técnicos/auxiliares de enfermagem, uso de recursos áudio visuais, fazendo com que melhore o entendimento dos fatos. Em relação às dificuldades encontradas nos registros analisados:

Uma possibilidade para a não anotação na ficha de atendimento seria a pouca importância dada ao registro, ainda que no treinamento fosse discutido os aspectos legais e éticos das anotações de ocorrências. Outra razão que poderia ser levantada seriam as variáveis do atendimento propriamente dito (horário da chamada, tempo-resposta, gravidade do caso) que não possibilitariam um registro imediato e que não foi completado em um segundo momento (SILVEIRA *et al.* 2009, Pg 684).

Como conclusão desse estudo, Silveira *et al.* (2009), destacaram como fator primordial de melhoria dos registros a composição da ficha de atendimento estruturada em formato *check-list*, associada a um modelo de consulta com valores de referência para normalidade e gravidade.

Pereira *et al.*, (2013) relatou sobre a dificuldade de dados fidedignos na base de dados consultada, o sistema SIH-SUS. Os autores concluíram que o SIH-SUS não é uma alternativa válida para a captação dos casos de *near miss* materno ocorridos no HUPE/UERJ. Devido, principalmente a baixa sensibilidade que comprometeu a acurácia da estratégia, a qual se apresentou pouco acima de 50%.

No estudo quantitativo desenvolvido por Arrué *et al.* (2013), realizou a coleta de dados diretamente nos registros de atendimentos e procedimentos realizados pela equipe enfermagem no Pronto Socorro Pediátrico de um Hospital Escola do Sul do Brasil. O estudo concluiu que a assistência prestada à criança em serviços de saúde ainda é falha e fragmentada. Esse aspecto se reforça quando os profissionais focalizam sua atenção em cuidados técnicos, abandonando os aspectos relacionais e o cuidado centrado na família.

Essa mesma metodologia também utilizada por Barros *et al.* (2013) para captar dados em 546 fichas de atendimento do Serviço de Atendimento Médico de Urgência do referido município, no período de janeiro a julho de 2011. O estudo evidenciou a carência da assistência pré-hospitalar para os idosos.

Já na pesquisa de Zambiasi *et al.* (2013) apresentou-se as dificuldades diárias nos plantões e na equipe de enfermagem, refletindo negativamente no trabalho em equipe e, na assistência oferecida. Os pontos mencionados foram que o atendimento se torna incompleto e mecanizado, sendo realizados apenas os cuidados básicos, o que sobrecarrega todos os profissionais física e emocionalmente. Para essa constatação foi adotado como método a entrevista realizada com seis enfermeiros do setor de emergência de uma instituição hospitalar na cidade de Cascavel, Paraná.

Outro estudo que aponta a precariedade dos registros analisados foi desenvolvido por Cantarelli *et al.* 2014. A partir de uma amostra constituída por 335 fichas de atendimentos realizados no período entre fevereiro de 2010 e janeiro de 2011, os autores concluíram grande parte das fichas não apresentavam registros sobre encaminhamentos (n=291), profundidade (n=238) e extensão das

queimaduras (n=335), regiões do corpo atingidas (n=211) e ambiente de ocorrência (n=381).

Araújo *et al.* (2014) realizou a análise de prontuários, entre outubro de 2012 e janeiro de 2013, coletando dados como: idade, gênero, raça autorreferida, nacionalidade/naturalidade, ocupação, anos de escolaridade, moradia, situação econômica, autopercepção de saúde, autopercepção auditiva, audição e queixas associadas, tipo, grau e configuração audiométrica da perda auditiva, tempo de privação sensorial, seleção de próteses auditivas e, quando necessárias, do molde auricular, tempo de deslocamento do paciente desde sua residência até o NIAPEA e serviço que referenciou o paciente ao NIAPEA. A partir da análise dos 191 prontuários foi possível elaborar o perfil completo dos idosos encaminhados ao uso de próteses auditivas é de nascidos no Estado de São Paulo.

Sob essa mesma perspectiva de análise de prontuários, Nascimento *et al.* (2014) apresentaram como conclusão de seu estudo que é necessário investir em treinamento da equipe para o registro adequado e implantar prontuário eletrônico. Dessa forma, permitir que o banco de dados realize tratamento estatístico a partir de associações entre as variáveis para enfim atender a demanda dos gestores e subsidiar a tomada de decisão com base nas evidências da gestão.

Em uma pesquisa desenvolvida no Pronto-Socorro Central da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (PSC-ISCMSP), mostrou que o Programa SOS Emergências tem alcançado resultados positivos na gestão de leitos, da qualidade da assistência e do acesso aos usuários, porém falta melhorar a gestão das portas de entrada e dos processos de saída. A coleta de dados se deu em fichas de atendimentos e prontuários, na experiência de um dia na emergência (SPROVIERI *et al.*, 2014).

Com o objetivo de descrever os atendimentos de idosos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência SAMU no município de Catanduva-SP, Gonsaga *et al.* (2015) analisou os registros de atendimentos aos indivíduos com idade superior a 59 anos, sob os seguintes aspectos: demográficos, sinais vitais, tipos de atendimento segundo gênero, nível de atenção à saúde indicado para resolução da ocorrência, horários das ocorrências e relação entre os grupos etários e ocorrências de clínica médica e traumáticas. Dessa forma, concluiu-se que predominou o atendimento hospitalar terciário após atendimento pré-hospitalar, demonstrando a

forte tendência hospitalocêntrica; o horário de acionamento foi compatível com o ciclo circadiano.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os artigos selecionados corroboraram as dificuldades desde a elaboração dos registros dos dados até a coleta das informações. Em todos os estudos, a metodologia adotada foi de coletada de dados em bancos de informações como prontuários e/ou fichas, como ocorre no setor do SAME.

As diversas temáticas abordadas nos artigos selecionados evidenciaram a importância do SAME interagindo com a equipe de várias áreas da instituição hospitalar, principalmente a equipe de enfermagem.

Essas dificuldades apontadas podem ser sanadas a partir da capacitação da equipe pelo gestor. Ressalta-se assim, a importância de investir em treinamentos de capacitação junto à equipe de enfermagem em favor da melhoria do armazenamento dos dados e no planejamento proporcionando otimizar as ações da equipe gestora.

Dessa forma, a hipótese da presente pesquisa foi confirmada, pois é a partir do envolvimento da gestão focada e da equipe multiprofissional se irá alcançar satisfatoriamente e de forma efetiva o objetivo do SAME, desde a sua elaboração ao seu arquivamento até sua utilização.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Tiago de Melo; ÍÓRIO, Maria Cecília Martinelli. AUDIOL. Perfil populacional de idosos encaminhados à seleção de próteses auditivas em hospital público; 19(1): 45-51, 03/2014. Tab Artigo em Português | LILACS | ID: lil-705726.

ARRUÉ, Andrea Moreira; NEVES, Eliane Tatsch; BUBOLTZ, Fernanda Luisa; JANTSCH, Leonardo Bigolin; ZANON, Bruna Pase. Rev. enferm. UFPE on line; 7(4): 1090-1097, abr. 2013. Ilus. Artigo em Português | BDENF - Enfermagem | ID: bde-33972

BARATA, R. B. Acesso e uso de serviços de saúde considerações sobre os resultados da Pesquisa de Condições de Vida 2006. São Paulo em Perspectiva, v. 22, n. 2, p. 19-29, jul./dez. 2008. Disponível em: http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/v22n02/v22n02_02.pdf Acesso em: 12 de novembro de 2017.

BARROS, Márcia Abath Aires de; OLIVEIRA, Danielle Samara Tavares de; CARVALHO, Mariana Albernaz Pinheiro de; FERNANDES, Maria das Graças de Melo; COSTA, Kátia Neyla de Freitas Macedo; SANTOS, Kamyla Félix Oliveira dos. Características dos agravos e da assistência prestada aos idosos em um serviço pré-hospitalar móvel. Rev. enferm. UERJ; 21(1,n.esp): 569-574, 2013. Tab. Artigo em Português | BDEFN - Enfermagem | ID: bde-27837

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 13. 1.638/2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. Brasília: O Conselho; 2002. [2 p.]. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638_2002.htm> Acesso em: 18 de outubro de 2018.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução 1.821/2007. 14. Aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde. Brasília: o Conselho; 2007. [6 p.]. Disponível em <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2007/1821_2007.htm>: Acesso em: 18 de outubro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Informação e Informática do SUS. Política Nacional Informação e Informática em Saúde: proposta versão 2.0 (inclui deliberações da 12ª Conferência Nacional de Saúde). Brasília: O Ministério; 2004. [38 p.]. (Textos básicos de Saúde). Disponível em: http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/APRESENTACAO/PoliticaInformacaoSaude29_03_2004.pdf Acesso em: 18 de outubro de 2018.

CANTARELLI-Kantorski, Karen Jeanne; MARTINS, Caroline Lemos; ANDOLHE, Cândida; BRUM, Alberto Luiz de; DAL PAI, Daiane; ECHEVARRÍA-Guanillo, Maria Elena. Caracterização dos atendimentos por queimaduras em um serviço de pronto-socorro / Burn profile at the emergency room. Rev. bras. queimaduras; 13(1): 38-43, jan-mar. 2014. Tab. Artigo em Português | LILACS | ID: lil-753467.

CARVALHO Ivana Carolina M. 2008. Prontuário médico e informações sigilosas – impossibilidade de divulgação. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/dePeso/16,MI52062,11049-Prontuario+medico+e+informacoes+sigilosas+impossibilidade+de> Acesso em: 11 de novembro de 2017.

CARVALHO, Kássia Rosa. O prontuário como fonte de informação. TCC. Curso Técnico em Registros e Informações em Saúde - Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - Escola GHC - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul - Câmpus Porto Alegre - RS. 2016.

CARRIJO. Luciene. 2013. Análise da gestão do sistema de arquivo médico do hospital de base do Distrito Federal. Monografia de Especialização. Brasília/DF.

Organizacao de um servico de arquivo medico e estatistica SAME. Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo. Disponível em:

<https://www.researchgate.net/publication/247853073> Acesso em: 14 de novembro de 2017.

CRM-DF - Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal. Prontuário médico do paciente: guia para uso prático / Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal . - Brasília: Conselho Regional de Medicina, 2006. Disponível em: http://www.periciamedicadf.com.br/publicacoes/prontuario_medico_paciente.pdf Acesso em: 12 de novembro de 2017.

CFM - Código de Ética Médica: resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009 (versão de bolso) / Conselho Federal de Medicina – Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010. Disponível em: < <https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf>> Acesso em: 05 de novembro de 2018.

COSTA CGAC. Desenvolvimento e avaliação tecnológica de um sistema de prontuário eletrônico do paciente, baseado nos paradigmas da World Wide Web e da engenharia de software. Dissertação. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2001.

DIAS JL. A utilização do prontuário eletrônico do paciente pelos hospitais de Belo Horizonte. Rev Textos Cibernética. 2008; (16) [11 p.]. Disponível em: <<http://www.cibersociedad.net/textos/articulo.php?art=194>> Acesso em: 18 de outubro de 2018.

FERREIRA, Josivaldo Soares, FIDELIS, Marli Batista, LIMA, Maria José Cordeiro de. O fluxo de informação nas instituições hospitalares e a gestão de documentos - ÁGORA, ISSN 0103-3557, Florianópolis, v. 23, n. 47, p. 99-117, 2013

FRANÇA, Priscila Zelo Patrício. Reestruturação do Serviço de Arquivo Médico e Estatística do centro municipal de referência em saúde Leonard Mozart da Prefeitura Municipal de Cabedelo. UFPB. João Pessoa/PB. 2014.

FURUIE FE, Gutierrez MA, FIGUEIREDO JCB, *et al.* Prontuário eletrônico de pacientes: integrando informações clínicas e imagens médica. Rev Bras Eng Biomed. 2003; 19(23):125-37. Disponível em: < <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=417955&indexSearch=ID>> Acesso em: 18 de outubro de 2018.

GONSAGA, Ricardo Alessandro Teixeira; SILVA, Eduardo Marques da; BRUGUGNOLLI, Izabela Dias; CABRAL, Jader Labegalini; THOMÉ NETO, Orlando. Padrão e necessidades de atendimento pré-hospitalar a idosos / Standard and needs of pre-hospital care for elderly Rev. bras. geriatr. gerontol; 18(1): 19-28, Jan-Mar/2015. tab, graf. Artigo em Português | LILACS | ID: lil-746074.

GRIGÓRIO, Tamires Emanuelle Lopes. Serviço de Arquivo Médico e Estatística do Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena na Perspectiva dos seus Usuários/ Tamires Emanuelle Lopes Grigório. - João Pessoa:

UFPB, 2015.

HOUAISS A, Villar MS, Franco FMM. Dicionário Houaiss de língua portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva; 2009. Prontuário; p. 1561.

HIROSE, Maki. Atendimentos e internações de crianças e adolescentes com varicela em hospital geral antes da introdução da vacina varicela no Programa Nacional de Imunizações – Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo/SP - 2018.

GRACIANO, Miriam Monteiro de Castro; LAGO, Vanessa Carvalho do; SAMARTINE JÚNIOR, Hugo; MARCOS, Vitória Castro. Perfil epidemiológico e assistencial de pacientes com insuficiência cardíaca em município de referência regional. Rev Med Minas Gerais 2015; 25(2): 199-207

LIMA, Matheus Vítor Pereira. Gasto público com acidentados de moto no ano de 2013 em Hospital. TCC. Universidade Estadual da Paraíba. Graduação em Enfermagem. 2016.

MESSETTI, Paulo André. 2014. Informações sobre o Prontuário Médico do Paciente: O direito de ser informado e de ter o seu consentimento prévio e esclarecido, expressos nos documentos médicos do paciente. Disponível em: <<https://advocaciasaudepaulomessetti.jusbrasil.com.br/artigos/117166805/informacoes-sobre-o-prontuario-medico-do-paciente>> Acesso em: 15 de setembro de 2018.

MARTINS, Valéria Coimbra de Barros. Revisão de prontuário do paciente e sua importância para melhoria da assistência, ensino e pesquisa: relato de experiência. Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem na área de concentração Atenção Psicossocial, do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista. FLORIANÓPOLIS (SC) – 2014.

NOVAES MA; BELIAN RB. Pontos estratégicos para especificação de um prontuário eletrônico do paciente como instrumento de cooperação clínica na web. In: Sociedade Brasileira de Informática em Saúde. Anais do IX Congresso Brasileiro de Informática em Saúde; 2004 nov 7-10; Ribeirão Preto, SP. Brasil; 2004.[4 p.]. Disponível em: <http://telemedicina.unifesp.br/pub/SBIS/CBIS2004/trabalhos/arquivos/431.pdf> Acesso em: 18 de outubro de 2018.

PATRÍCIO, Camila Mendes; MAIA, Marianna Menezes; MACHIAVELLI, Josiane Lemos; NAVAES, Magdala de Araújo. O prontuário eletrônico do paciente no sistema de saúde brasileiro: uma realidade para os médicos? Scientia Medica (Porto Alegre) 2011; volume 21, número 3, p. 121-131. Disponível em: < <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/8723/6722>> Acesso em 18 de novembro de 2018.

PEREIRA, Nakamura. Marcos; SILVA, Mendes. Wallace; Dias, BASTOS, Marcos Augusto; REICHENHEIM, Michael E.; LOBATO, Gustavo. Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS): uma avaliação do seu desempenho para a identificação do near miss materno. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(7):1333-1345, jul, 2013.

PERONDI MBM, SAKANO TMS, Schvartsman C. *The use of an electronic medical system in a pediatric emergency department with a clinical score triage system*. Einstein. 2008; 6:31-6. Disponível em: <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/691-Einstein%20v6n1p31-6.pdf> Acesso em: 18 de outubro de 2018.

RAMOS, Vanessa Mesquita; VASNCONCELOS, Michele Alves; ALBUQUERQUE, Izabelle Mont'Alverne Napoleão; SANTOS, Francisco Diogenes dos. **AVALIAÇÃO DOS ÓBITOS NEONATAIS EM UM HOSPITAL DE ENSINO**. SANARE, Sobral. v.15 n.01, p.39-46, Jan./Jun. – 2016.

RODRIGUES, Hiasmin Batista; NOGUEIRA, Denise Lima; FÉLIX, Tamires Alexandre; GOMES, Diógenes Farias. *Assistência e Enfermagem a Indivíduos em Morte Encefálica: Avaliação de Qualidade*. Revista Brasileira de Ciências da Saúde - Volume 21 Número 4 Páginas 333-340. ANO 2017. ISSN 1415-2177.

SABBATINI, RME. *Preservando a confiabilidade médica na Internet*. Rev Check-up. 2002(23):[4 p.]. Disponível em: <http://www.sabbatini.com/renato/papers/checkup-10.htm> Acesso em: 18 de outubro de 2018.

SALVADOR VFM, Almeida Filho FV. *Aspectos éticos e de segurança do prontuário eletrônico do paciente*. In: Anais da II Jornada do Conhecimento e da Tecnologia; 2005 Ago 25-6; Marília SP. Brasil; 2005. [8 p.]. Disponível em: http://www.uel.br/projetos/oicr/pages/arquivos/Valeria_Farinazzo_aspecto_etico.pdf > Acesso em: 18 de outubro de 2018.

SANTANA, Mary Elizabeth de; SOUZA, Marcelo Williams Oliveira de; SANTOS, Fabio Conceição dos. *Perfil clínico e epidemiológico de crianças com queimaduras em um hospital de referência*. Rev Enferm UFPI. 2018 Abr-Jun;7(2):23-7.

SIEGMAN, Carlos, Eduardo. *Serviço de arquivo médico e estatística no Hospital Nossa Senhora da Conceição - SAME*. IFRS. Porto Alegre/RD - 2013.

SILVA, Amanda Diniz; ALVES, Gabrielly Cristina Quintiliano; AMARAL, Eliana Maria Scarelli; FERREIRA, Lúcia Aparecida; DUTRA, Cintia Machado; OHL, Rosali Isabel Barduchi; CHAVAGLIA, Suzel Regina Ribeiro. **VÍTIMAS DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO ATENDIDAS EM HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO - REME** • Rev Min Enferm. 22:e-1075. 2018.

SILVA, J.M.F.T. *Gestão de documentos no arquivo do Complexo Hospitalar de Mangabeira Governador Tarcisio Burity*. 2016. Disponível em: <http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/123456789/12600/1/PDF-Jullyette%20Maria%20Fernandes%20Tomaz%20da%20Silva.pdf> Acesso em: 26 de setembro de 2018.

SILVA, T. C. F. da. Gestão de documentos em arquivo hospitalar. Natal. 2008.

SILVEIRA, Cibele de Lima Souza; LIMA, Luciane Soares de. Capacitação de técnicos/auxiliares de enfermagem: repercussão nos registros de enfermagem relacionados ao atendimento pré-hospitalar móvel. Acta paul. enferm; 22(5): 679-685, set.-out. 2009. ilus, tab Artigo em Português | LILACS-Express | ID: lil-543123

SPROVIERI, Sandra Regina Schwarzwälder; COSENTINO, Fernando Costa de Carvalho; AMADIO, Camila Ribeiro; ALVES, Bruno Ricardo; FARIAS, Guilherme Duarte; LIBERA, Pedro Henrique Della; JOU, Richard Waysean; ANDRADE, Washington de; OLIVEIRA, Caroline Santana de; BASÍLIO, Tatiane Pereira; SILVA, Cell Regina Noca da. Programa SOS Emergências: um olhar para a gestão e a experiência para qualificar a emergência. Rev. adm. saúde; 16(63): 51-60, abr.-maio 2014. Artigo em Português | LILACS | ID: lil-771427.

TEIXEIRA, TAYANA BORGES. Prontuário eletrônico do paciente: a vivência em dois hospitais públicos de Porto Alegre - RS. 2017.

ZAMBLIAZI, Bruno Rafael Branco; COSTA, Andrea Monastier. Gerenciamento de enfermagem em unidade de emergência: dificuldades e desafios. Rev. adm. saúde; 15(61): 169-176, 2013. Artigo em Português | LILACS | ID: lil-745019

Prontuários hospitalares. São Paulo (Cidade). Secretaria da Saúde. Coordenação de Gestão de Pessoas. Escola Municipal de Saúde. Núcleo de Comunicação e TV Corporativa; São Paulo (Cidade). Secretaria da Saúde. Comitê de Ética em Pesquisa; São Paulo (Cidade). Secretaria da Saúde. Rede São Paulo Saudável. Canal Profissional.

São Paulo; EMS. NCTVC; 25 mar. 2014. Vídeo (32:02 min.).(Insight - Gerando Novas Ideias).

Monografia em Português | CEP-Producao, Sec. Munic. Saúde SP, CGP-Producao, Sec. Munic. Saúde SP, EMS-Producao, Sec. Munic. Saúde SP, Sec. Munic. Saúde SP | ID: sms-8329.

O PAPEL DO GESTOR NO CONTROLE DAS INFECÇÕES HOSPITALARES

Selton Soares Ferreira
Tamires Moraes
Eliane Alves Melo
Christiane Patricia Ferraz Rabelo
Ysa Helena Diniz Morais de Luna

1 INTRODUÇÃO

Infecção Hospitalar é aquela que acomete o paciente durante o período de internação. É uma patologia causada, na maioria das vezes, por múltiplos microrganismos, cuja proliferação reúne diversos fatores. Para o diagnóstico dessa infecção é necessário utilizar metodologias que possibilitem a percepção das razões da doença. É um acontecimento determinante para a intervenção que deve ser feita por profissionais da área da saúde. Atualmente, as ações do controle de infecção hospitalar são guiadas pela Portaria nº2.616/19981 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, do Ministério da Saúde e, dentre as determinações incluídas nesse documento, está a orientação sobre a constituição do Programa de Controle de Infecção Hospitalar, percebido como um conjunto de ações sistemáticas com o objetivo à máxima redução da incidência e da gravidade de infecções. É notório que a prática de higienização e esterilização dos materiais são as medidas mais práticas, rápidas e eficientes para a prevenção das infecções hospitalares. Isso se dá pelo motivo de que o manuseio e a utilização de materiais contaminados são as principais causas da transmissão e disseminação de microrganismos para os pacientes e as principais fontes desses microrganismos são as mãos dos próprios profissionais e os materiais utilizados pelos mesmos.

O controle da infecção hospitalar se dá através de várias maneiras. Segundo Lopez e La Cruz (2002) a lavagem das mãos, uma boa assepsia, a utilização de antissépticos, o bom manejo do material esterilizado entre outros, são práticas simples de se evitar uma possível infecção no hospital. É importante também a utilização das técnicas assépticas por meio da lavagem das mãos e utilização de materiais pois, por se tratar de um ato invasivo, o paciente pode ficar muito tempo suscetível a estes microrganismos. Na análise feita sobre estudos anteriormente publicados percebe-se que grande parte dos profissionais da saúde deixam de

realizar alguns cuidados necessários e imprescindíveis, como o cortar das unhas, a não utilização de objetos como brincos, pulseiras, a higienização das mãos e a esterilização dos materiais, técnicas aconselhadas no manual da ANVISA.

Alguns empecilhos na utilização de práticas de higienização apontados são a pressa e a falta de tempo desses profissionais. Desse modo, é essencial que haja profissionais suficientes para manter um atendimento de qualidade, para que não haja sobrecarga de tarefas e falta de tempo para execução de tais medidas tão importantes (PEREIRA et al., 2013); além de manter uma boa qualidade dos materiais que se fazem necessários para tal exercício.

Sabe-se que as infecções são as principais causas de mortalidade, assim como de maior tempo de internação e elevação de custos (SANTOS 2014). Para tanto, faz-se necessário a implementação de medidas que visem aumentar os meios de controle e prevenção de infecção.

Com a descoberta dos antibióticos, os médicos acreditavam que as infecções estariam extintas, porém, o abuso na sua utilização selecionou microrganismos resistentes, tornando mais grave o problema. Neste contexto tornou-se necessário tomar medidas de maior controle e prevenção coordenados por equipes capacitadas como a Comissão de CIH (CCIH).

Apesar de ser uma exigência legal, esta Comissão é encontrada em menos da metade dos hospitais brasileiros, e ainda assim as existentes exercem atividades básicas de controle, de acordo com levantamento realizado pelo próprio Ministério da Saúde (MERCADANTE, 2000). Frente ao exposto, este trabalho de revisão de literatura tem por objetivo abordar o papel do gestor hospitalar no processo de implementação e supervisão de medidas de controle de infecções hospitalares.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Identificar o papel do Gestor Hospitalar no controle das Infecções Hospitalares;

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Investigar a técnica mais importante no controle da infecção no ambiente hospitalar e - - Destacar a Importância do Controle das Infecções.

3 JUSTIFICATIVA

As infecções hospitalares desafiam constantemente a qualidade da assistência prestada no sistema de saúde como um todo, pois aumentam as taxas de morbimortalidade entre os pacientes, elevando o sofrimento destes e, inclusive, os custos hospitalares. Portanto, pode ser considerado um grave problema de saúde pública mundial (SANTOS et al., 2005; DANTAS, 2010). O gestor hospitalar deve enfatizar o controle de infecções como ponto de partida para o estudo da qualidade dos serviços de saúde: a) para o paciente devido a redução dos riscos associados ao atendimento; b) para o administrador pela otimização da relação custo-benefício; e c) para os médicos pela garantia de segurança dos pacientes.

Assim, é necessário um estudo para a observação do papel do gestor hospitalar e qual medidas devem ser desenvolvidas pelos profissionais da saúde, pois são eles os responsáveis por prestar assistência aos pacientes. A importância do estudo está na implementação de medidas que visam à melhoria do conhecimento de técnicas e conscientização do papel do gestor no controle das infecções.

4 ASPECTOS METODOLÓGICOS

Propomos realizar uma pesquisa de natureza bibliográfica acerca das Infecções Hospitalares. Para isso, reunimos todo o material que disponível em livros e em pesquisas anteriores sobre o tema. Posteriormente, realizamos uma **leitura exploratória** de todo o material reunido para que pudéssemos estar mais envolvidos com o tema e para que as dúvidas fossem elucidadas. A partir destas leituras, foi realizada uma **leitura seletiva** na qual foi dado destaque ao material que nos proporcionou melhor entendimento sobre o tema.

De posse do material foi realizada uma seleção **do tipo analítica** que teve por finalidade ordenar e resumir as informações contidas em algumas fontes e de onde se identificou o tema-chave, de acordo com as abordagens apresentadas nos textos que fazem parte do material da pesquisa.

A partir dessa fase procedemos a uma redação **interpretativa**, na qual buscamos

fazer a relação entre o conteúdo das fontes pesquisadas com outros conhecimentos a fim de finalizar o processo de escolha do material e de finalização para saturação dos dados.

5 DESENVOLVIMENTO TEÓRICO

5.1 HISTÓRICO DAS INFECÇÕES HOSPITALARES

Considerada como qualquer processo infeccioso, o surgimento das infecções deu-se na Idade Média, quando foram criados alojamentos para pessoas doentes, pobres, inválidos e andarilhos sem moradia própria (SENNE, 2011). Esses alojamentos eram insalubres (ANDRADE; ANGERAMI, 1999) e executavam atividades sob moldes liberais, sem vínculo com o hospital, estando sob responsabilidade da Igreja pois os médicos da época atendiam apenas em domicílio, em casos muito precisos (LACERDA; EGRY, 1997).

Diante dessas condições, a difusão de doenças era muito grande. As contaminações ocorriam através da água e dos alimentos que eram servidos neste ambiente tão impróprio para o serviço de tratamento de doenças e de alimentação adequadas. Desde então, esse período foi considerado como o início da propagação de infecções hospitalares (SENNE 2011).

Posteriormente, no século XVIII, com o crescimento desordenado da população fez-se necessário a criação e a utilização de práticas que combatessem a propagação de infecções. A partir daí o hospital já não era mais apenas um lugar de abrigo para pobres enfermos e sim um lugar de tratamento, cura (LACERDA; EGRY, 1997). Em consequência dessas transformações, no século XIX, iniciaram-se estudos dirigidos às infecções ocorrentes em hospitais.

No início do século XX, com as grandes descobertas da medicina, principalmente nas áreas da medicina tropical, da bacteriologia e da parasitologia, tornou-se possível o conhecimento das formas de transmissão das doenças através de agentes infecciosos.

Começou assim outra batalha, havia a necessidade de agentes que combatessem os microrganismos. E assim, no início dos anos 30, surgiram os primeiros antibióticos. As décadas de 40 e 50 foram conhecidas como a "era de ouro dos antibióticos", até os anos 60 pequenas modificações foram feitas nas moléculas das drogas previamente conhecidas. Tão rápido quanto sua descoberta, surgiram os

efeitos colaterais e as cepas resistentes, em decorrência do uso indevido e abusivo dos antibióticos (FERRAZ, 1997; RODRIGUES, 1997).

5.2 A ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DA SAÚDE NO CONTEXTO DA INFECÇÃO HOSPITALAR

Dentro de uma unidade hospitalar é de fundamental importância a atuação dos profissionais da saúde para a prevenção e o controle das infecções. Essa prevenção é importante, não só para o corpo clínico como também para os pacientes. A atuação dos profissionais no controle dessas patologias pode e deve ser feita de diversas maneiras. O hospital deve contar com profissionais que tenham os conhecimentos e as habilidades necessários para promover atividades educativas, visando à segurança do atendimento ao cliente e corpo clínico, criando medidas padrões de proteção (MELDAU, 2010).

A adesão dos profissionais de saúde às práticas de controle de infecções hospitalares depende de alguns fatores decisivos e essa adesão deve ser feita de maneira geral e completa. As ações atribuídas a esses profissionais incluem: vigilância epidemiológica às infecções, notificação e consolidação de relatórios de observações executadas avaliando o exercício profissional pelos índices de infecção; investigação de surtos nos quais se revisam as práticas assistenciais, as medidas de isolamento e as precauções para se evitar a disseminação das patologias. Além de tudo isso, a viabilização desses processos de prevenção e investigação dessas patologias deve ter como ponto de partida o apoio e o incentivo do corpo administrativo do hospital, de modo que produza condições apropriadas para o funcionamento da Comissão de Controle de Infecções Hospitalares. A criação da Comissão de Infecção é recomendada e deve se constituir a partir de um órgão coordenador de atividades de investigação, prevenção e controle de infecções.

Além do enfocado acima, a utilização de Equipamentos de Proteção Individual é também muito importante, pois os profissionais que estão em contato direto com os pacientes precisam fazer uso desses, de modo que a não utilização dos EPI'S é prejudicial para ambas as partes. Também, esses equipamentos estabelecem uma barreira física contra a disseminação dos principais microrganismos (CARNEIRO; CAVALCANTE, 2004). Os principais EPIs são: luvas, máscaras, aventais, óculos protetores, sapatos fechados (botas), ou roupas especialmente desenvolvidas para a proteção individual. O critério de seleção

desses equipamentos se dará de acordo com a atividade realizada pelo profissional e sua exposição ao sangue, mucos, entre outros (CARNEIRO; CAVALCANTE, 2004).

5.3 COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (CCIH)

Uma das primeiras iniciativas para a prevenção e o controle das infecções hospitalares foi a criação da CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar) aderindo as recomendações da *American Hospital Association*, em 1858 e buscava encontrar as causas das infecções nos hospitais americanos. Depois, em 1968, surgiram as primeiras CCIH, pois embora tenham sido criadas a partir desse ano elas ainda não eram obrigatórias. Apenas em 1976 o governo determinou a implementação desta comissão nos hospitais (FERREIRA; BEZERRA, 2010).

No Brasil, as medidas de prevenções às patologias passaram a ter maior enfoque a partir da criação da Lei Federal 9.431, de 06/01/97, que obrigava a todos os hospitais brasileiros a constituírem uma Comissão de Controle de Infecções Hospitalar (CCIH), como também à implementação do Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH), que tem por objetivo reduzir os surtos de infecções em hospitais (CAVALINI; BISSON, 2002).

A CCIH deve ser composta por profissionais que sejam especializados tais como: médicos, farmacêuticos, enfermeiros, administradores, microbiologistas, nutricionistas, entre outros (CARDOSO; SILVA, 2004). Ela é constituída por normas que devem ser seguidas e os profissionais desse setor além de criar medidas preventivas para o controle das patologias, devem, também, exercer atividades educativas dentro da unidade hospitalar, ministrando palestras e cursos para que os demais profissionais repassem todos os conhecimentos aos outros profissionais da instituição (FERREIRA; BEZERRA, 2010).

5.4 DESCONTAMINAÇÃO

A 'descontaminação' é o nome dado ao processo que consiste na remoção de elementos contaminantes ou um processo que torna o material hospitalar, instrumento ou superfície seguro para o manuseio e a utilização. A conscientização das variações dos riscos de transmissão de infecções e das dificuldades de cada método de prevenção perante cada atividade exercida em um hospital é importante e devem ser tomadas as precauções devidas para torná-las invariavelmente

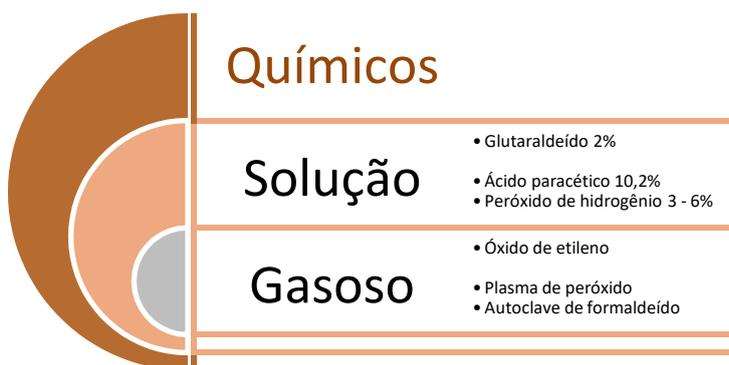
eficientes. Essa conscientização se inicia pelo conhecimento dos métodos de descontaminação utilizáveis na prática.

Um processo de descontaminação não significa necessariamente que o material está seguro para utilização no paciente, uma vez que esse processo de descontaminação pode ir desde uma simples limpeza feita com álcool até a um processo de esterilização (SOUSA; PEREIRA; RODRIGUES, 1998).

5.5 ESTERILIZAÇÃO

É um processo validado de destruição ou eliminação total de todos os microrganismos na forma vegetativa e esporulada, por meio de agentes físicos ou químicos, aplicando especificamente a artigos críticos e semicríticos.

Figura 1 – Esterilização Física e Química



Fonte: FERREIRA, 2000

5.6 LAVAGEM DAS MÃOS

A lavagem das mãos é a medida individual mais simples para prevenir a propagação das patologias relacionadas à assistência à saúde. No entanto, observa-se que o grande motivo para a não extinção das infecções hospitalares se dá devido a erros, desconhecimento de técnicas e descumprimento das normas de proteção ao paciente (COUTO, 2009).

O ato de lavar as mãos é um dos principais meios de prevenção de infecções dentro de um ambiente hospitalar, pois elas se constituem em uma potencial via de transmissão de microrganismos durante a assistência prestada aos pacientes. Isso, na maioria das vezes se dá por serem elas o instrumento mais utilizado no seu cuidado. O profissional da saúde está a todo tempo tendo contato com mucosas e substâncias infecciosas, de modo que a não lavagem das mãos é um fator extremamente perigoso tanto para o paciente quanto para o profissional, sendo os profissionais da saúde os que devem ter mais precauções por ter esse contato direto com o paciente (OPAS; ANVISA, 2008, p.10)

A técnica correta de lavagem das mãos impede a transmissão de bactérias transitórias, além de remover sujidades, células descamáveis e suor. A higienização correta deve ser feita com sabão e água corrente e deve ter um tempo médio de 50 segundos (BRASIL, 2008)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A história das infecções iniciou-se com o surgimento dos hospitais e o objetivo principal era apenas separar pessoas pobres doentes das demais. Atualmente, mesmo com toda a tecnologia, a infecção hospitalar continua sendo uma das maiores causas de mortalidade no mundo.

A prevenção e o controle dessas patologias incluem ações educativas, o uso racional dos medicamentos prescritos, como também outras técnicas bem simples como a utilização de EPIs e o cuidado na desinfecção dos equipamentos. Tudo isso ajuda e pode mudar a realidade das infecções hospitalares. Dessa forma cabe a todos os profissionais da saúde, junto à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, o cumprimento e o empenho na luta pela diminuição das infecções, aderindo as técnicas de prevenção na sua prática cotidiana, contribuindo de forma assistencial na busca para solucionar esse problema tão recorrente em hospitais.

Considerando-se a magnitude do problema da infecção hospitalar, e após todas as abordagens aqui apresentadas, conclui-se que a presença de um gestor capacitado torna-se imprescindível para a frequente implantação e manutenção de práticas de prevenção e controle das infecções hospitalares em todos os setores do hospital, por meio de estratégias de treinamento constante e conscientização de todos a respeito do tema.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, D., ANGERAME, E. L., S. **Reflexões acerca das infecções hospitalares às Portas do terceiro milênio**. Medicina, Ribeirão Preto, 32: 492-497, out./dez.1999. Disponível em: http://www.fmpr.usp.br/revista/1999/vol32n4/reflexões_acerca_infecções_hospitalares.pdf. Pesquisado em: 24 de setembro de 2018

BRASIL. ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Relatório de Atividades 2008 / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2009. Pesquisado em: 24 de setembro de 2018

BRASIL. ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Higienização das mãos em serviço de saúde**. Brasília, 2008. Pesquisado em: 05 outubro de 2018

BRASIL. ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Portaria nº 2.616.MS/GM, de 12 de maio de 1998**. Pesquisado em: 24 de setembro de 2018

BRASIL.ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do Paciente em Serviço de Saúde. Limpeza e desinfecção de superfícies**. Brasília, 2010a. Disponível em: <<http://www.slideshare.net/redeamb/manual-limpeza-edesinfeccaodesuperficies>>. Pesquisado em: 15 de Outubro de 2018.

CARDOSO, da S.; SILVA, M. A. da. **A percepção dos enfermeiros acerca da comissão de infecção hospitalar: desafios e perspectivas**. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielophp?pid=0104-070720040005000005&script=sci_arttext>. Pesquisado em: 30 de setembro de 2018

CARNEIRO, J. C. O.; CAVALCANTE, W. B. (Org.). **Controle de Infecção Hospitalar**. Pesquisado em: 24 de setembro de 2018

CAVALLINI, E. C.; BISSON, M. P. **Farmácia Hospitalar**.2002. p. 170-177. Disponível em: http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/130/encarte_farmacia_hospitalar.pdf. Pesquisado em: 01 de outubro de 2018

COUTO, Camargo Renato; Pedrosa, Tânia M. Grillo; Nogueira, José Moura. **Infecção Hospitalar - Epidemiologia e Controle**. 2º ed. Rio de Janeiro: Médico e Científico Ltda., 1997. Pesquisado em: 24 de setembro de 2018

FERNANDES AT, NOCA CR. Do controle de infecção ao controle de qualidade. In: Fernandes AT, Fernandes MO, Ribeiro N Fo, editores. Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde. São Paulo: Atheneu; 2000. p.1706-21. Pesquisado em: 29 de setembro de 2018

FERREIRA S. A. Centro de Vigilância Epidemiológica Prof.º Alexandre Vranjac. **Esterilização e desinfecção**. Pesquisado em: 05 de outubro de 2018

FERREIRA, S. A. Centro de Vigilância Epidemiológica Prof.º Alexandre Vranjc. **Esterilização e Desinfecção**. Disponível em: <http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/ih/provitae/prov_aulaester.ppt >. Pesquisado em: 10 de Outubro de 2018

FERREIRA, R.S.; BEZERRA, C. M. F. **Atuação da comissão de controle infecção hospitalar (CCIH) redução da infecção. Um estudo no Hospital da Criança Santo Antonio**. Norte Científico, vs,5, n.1, dez. 2010. Disponível em: <<http://www.ifrr.edu.br/SISTEMAS/revista/index.php/revista/view/94>>. Pesquisado em: 05 de Outubro de 2018

La Cruz (2002). Disponível em: http://coral.ufsm.br/ppgenf/images/Mestrado/Dissertacoes/2012_2013/Dissertacao_Tanise_Finamor_Ferreira.pdf. Pesquisado em: 05 de janeiro de 2019.

LACERDA, R.; EGRY, E. Y. As infecções hospitalares e suas relações com o desenvolvimento da assistência hospitalar: reflexões para análise de duas práticas atuais de controle. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691997000400003>. Pesquisado em: 01 de Outubro de 2018

MELDAU, D. C. **Prevenção da infecção hospitalar**. Info Escola, 12 de maio 2010. Disponível em: <http://www.infoescola.com/saude/revencao-dainfeccao-hospitalar/>>. Pesquisado em: 24 de setembro de 2018

OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=list&Itemid=965&slug=atencao-primaria-em-saude-944. Pesquisado em: 30 de Dezembro de 2018

PEREIRA, F. M. V.; TOFFANO, S. E. M.; SILVA, A. M.; CANINI, S. R. M. S.; GIR, E. **Adesão as precauções-padrão por profissionais de enfermagem que atuam em terapia intensiva em um hospital universitário**. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n3/0080-6234-reeusp-47-3-00686.pdf>. Pesquisado em: 05 Dezembro de 2018

SANTOS, T. C. R.; ROSEIRA, C. E.; PIAI-MORAIS, T. H.; FIGUEIREDO, R. M. **Higienização das mãos em ambiente hospitalar: uso de indicadores de conformidade**. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/pt_1980-220X-reeusp-51-e03242.pdf. Pesquisado em: 05 de janeiro de 2019.

SANTOS, T. C. R.; ROSEIRA, C. E.; PIAI-MORAIS, T. H.; FIGUEIREDO, R. M.

Higienização das mãos em ambiente hospitalar: uso de indicadores de conformidade. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/pt_1980-220X-reeusp-51-e03242.pdf. Pesquisado em: 05 de janeiro de 2019.

SENNEV E. C. V. **Avaliação de prevalência de fatores associados à infecção de sítio cirúrgico em colecistectomia videolaparoscopia antes e após a implantação da vigilância pós-alta.** 2011.92f. Dissertação (Título Mestre em Patologia Geral). Pós-graduação em patologia, Universidade Federal do Triângulo Mineiro de Uberaba, Minas Gerais, 2011. Disponível em: <http://www.uftm.edu.br/patalo/cpgp/imagem/Tese_EvaCVSenneME.pdf>. Pesquisado em: 12 de Outubro de 2018.

SOUSA, A. C. S.; PEREIRA, M. S. RODRIGUES, M. A. V. Descontaminação prévia de materiais médico-cirúrgicos; estudo da eficácia de desinfetantes químicos e água e sabão. **Revista Latino-Americana de Enfermagem.** Ribeirão Preto, v., 6. n. p. 95-105, julho de 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n3/13896.pdf>>. Pesquisado em: 29 de setembro de 2018

A IMPORTÂNCIA DOS INDICADORES DE QUALIDADE HOSPITALAR

Joseanne Padre Valdevino
Shirley Antas de Lima
Jurandy de Andrade Freire
Ysa Helena Diniz Morais de Luna
Christiane Patricia Ferraz Rabelo
Victor Viera de Melo Oliveira

1 INTRODUÇÃO

A presente pesquisa traz uma discussão em torno da importância da avaliação de indicadores para a gestão de qualidade nos serviços oferecidos na área da saúde.

Na análise dos serviços de saúde, muitas avaliações de qualidade nas instituições recomendam pesquisas do tipo levantamento de opinião do usuário em relação ao serviço prestado, dessa forma é mais comumente utilizada a aplicação de questionários e formulários de acordo com a realidade coletiva apresentando a opinião dos usuários desses serviços (BORGES *et al.*, 2017).

A Constituição de 1988 estabelece o direito de todos à saúde, sendo um dever do Estado efetivá-la. Nesse sentido, o direito à saúde – por estar intimamente ligado ao direito à vida, incita a proteção constitucional à dignidade da pessoa humana. || (Constituição, Art. 196º, 1988).

O direito à saúde, bem como a qualidade no atendimento do serviço prestado ainda são pontos que precisam ser melhorados, pois atualmente observamos gestores com dificuldades para conseguir realizar o controle de qualidade até que o paciente saia satisfeito com o atendimento (PRUBEL, 2017)

A qualidade no que é proporcionado ao público é visada por muitos gestores, pois é reflexo do andamento do trabalho de sua equipe. Com a globalização e o aumento da competitividade, para a empresa, um bom índice de qualidade de um serviço é característica que pode distinguir positivamente uma empresa das demais (VIEIRA *et al.* 2010).

Dessa forma, podemos sugerir que no mercado competitivo, o estudo da qualidade no serviço prestado na saúde se tornou um diferencial para as instituições.

Em um breve histórico sobre a avaliação da qualidade, Feldman *et al.* (2004) descreveu a história da evolução da qualidade hospitalar a partir dos padrões de acreditação. No artigo publicado por Feldman e colaboradores, é narrado que em 1924 houve a criação do Programa de Padronização Hospitalar – PPH pelo Colégio Americano de Cirurgiões (CAC). Foi esse programa o precursor do método para avaliar a qualidade da assistência ao paciente, pois o programa utilizou critérios definidos em um conjunto padronizado que garantisse a qualidade do serviço oferecido, porém não observavam estrutura física hospitalar, resultados com o paciente, entre outros. Foram definidos três padrões gerais que se relacionavam aos seguintes aspectos: 1. Organização da equipe médica, exercício da profissão, e conceito de corpo clínico; 2. Preenchimento do prontuário (história e exames do paciente e a alta do mesmo); e 3. Recursos diagnósticos e terapêuticos existentes (incluindo laboratório clínico para análises e departamento de radiologia).

Concorda-se com Borges *et al.* 2017, quando afirma que a avaliação da qualidade em saúde necessita partir da realidade local evitando generalizações para fugir de possíveis resultados induzidos:

A qualidade em saúde, quando avaliada ou mensurada, deve levar em conta o contexto no qual o serviço está inserido, e como seus usuários se comportam diante da rotina do mesmo. Seguindo tal linha de pensamento, é comum haver generalizações que possam distorcer o processo de avaliação, desde o início, seguindo até o ponto onde as soluções deverão ser implementadas. (BORGES *et al.* 2015. Pg. 2).

Durante esse processo, a estatística se apresenta como aliada, pois possibilita análise quantitativa dos dados e posteriormente, a organização desses dados. Viera *et al.* (2006, pg. 4) cita que a partir da estatística é possível “detectar falhas ou problemas advindos do não conhecimento do dimensionamento das diversas áreas de atuação dos setores”.

Oliveira *et al.* (2018), apontam que no processo de gestão de qualidade e assistência, os indicadores se comportam como instrumentos eficazes para se alcançar além do aspecto avaliativo, oferecer a parte documental e mostrar quais as prioridades nos serviços que foram oferecidos.

Dentro dessa mesma perspectiva, Freitas (2014) também ressalta o uso de indicadores pelos gestores:

“O desenvolvimento e uso de indicadores ou métricas de

desempenho constituem um elemento fundamental na construção de uma gestão eficiente. Esses indicadores traduzem os objetivos e metas planejados em informações numéricas gerenciáveis, auxiliando o gestor na tomada de decisão e norteando o rumo do hospital na busca do melhor desempenho organizacional para servir sua missão de prestação de serviços assistenciais e em muitas vezes de campo prático de ensino e pesquisa. ||

De acordo com Vieira (2010) os indicadores funcionam como medidas que podem delinear os seguintes pontos:

(...) descrever uma situação existente, avaliar mudanças ou tendências durante um período de tempo e avaliar, em termos de qualidade e quantidade, as ações de saúde executadas. ||

Outro conceito de indicadores condizente a pesquisa, informa que indicadores são essenciais para gerenciar o sistema organizacional:

Os indicadores são ferramentas básicas para o gerenciamento do sistema organizacional, ou seja, são medidas usadas para ajudar a descrever a situação atual de um determinado fenômeno ou problema, fazer comparações, verificar mudanças ou tendências e avaliar a execução das ações planejadas durante um período de tempo, em termos de qualidade e quantidade das ações de saúde executadas (ROSSANEIS *et al.* 2014).

Ou seja, o planejamento oferece um instrumento para se ter uma ação futura de ideias desenvolvidas no presente. É o resultado de um planejamento obtido por meio de investigações da realidade atual que irá direcionar a equipe para obtenção de resultados almejados nesse processo de excelência na qualidade.

Sendo a garantia da qualidade responsabilidade da empresa, observa-se que durante o processo de busca à excelência na qualidade da assistência em saúde, as empresas devem investir em diversos setores da equipe, como a qualificação, com o intuito de capacitar os gestores e conscientizá-los a respeito da necessidade de um feedback dos usuários. Por meio da avaliação é possível mensurar a qualidade dos serviços prestados (BORGES *et al.* 2017).

Sob essa ótica, sabendo esse retorno a instituição vai poder verificar se o atendimento realizado ocorreu conforme o planejado. Além disso, caso o atendimento não tenha tido retorno satisfatório vai ser possível reajustar o processo e identificar as falhas para corrigir pontualmente o procedimento e capacitar os

envolvidos.

São observados quais são os critérios que norteiam o controle de qualidade hospitalar de um atendimento. Além disso, como a gestão atua na aplicabilidade desses indicadores mais relevantes.

Dessa forma, em meio ao desafio de produzir uma assistência à saúde de qualidade, a hipótese da presente pesquisa foi desenvolvida com base na compreensão de que através da avaliação dos indicadores de qualidade, possibilita maximizar os resultados alcançados desde que os gestores saibam direcionar a equipe e envolver todos os profissionais da saúde nesse processo. Sob essa perspectiva, investiga-se qual a importância dos indicadores no controle da qualidade hospitalar.

A escolha do tema se deu a partir da compreensão da importância dos indicadores da qualidade hospitalar como um serviço imprescindível aos hospitais, pois através deles podemos ter noção da realidade do estado em que os serviços de saúde estão sendo prestados da mesma forma que podemos ter uma base para adaptar o processo a fim de evitar falhas almejando sempre a qualidade assistencial.

Nesse sentido, acredita-se que este estudo seja relevante e contribua para embasar pesquisas futuras na temática e, sobretudo, evidenciar a importância dos indicadores de qualidade nas pesquisas referentes a qualidade hospitalar.

O objetivo do presente trabalho é evidenciar através da literatura científica a importância dos indicadores da qualidade hospitalar.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Como componente do planejamento e da gestão dos serviços de saúde, a avaliação efetiva da qualidade permite a organização das ações de assistência visando as necessidades dos usuários e do uso racional dos recursos disponíveis (ROSSANEIS, 2014).

Na prática, avaliar o funcionamento dos serviços de saúde quer dizer realizar a capacidade de investigar, estabelecer e aperfeiçoar os conceitos de qualidade, assim como a de provocar o desenvolvimento de padrões mais elevados de atendimento (SILVA *et al.* 2015).

Em relação aos serviços que almejam excelência no que fazem para a

comunidade em que estão inseridos, boa parte implementa programas de avaliação e controle de qualidade, Borges *et al.*, 2017 reforça que é necessário que esses programas avaliativos tenham bons propósitos e fundamentações voltadas para os usuários e não só para a própria instituição.

De acordo com (BRASIL, 2011), os indicadores de qualidade, desempenho e produtividade são fundamentais no processo de gestão dos serviços oferecidos em saúde para planejar e tomar ação, de maneira a buscar otimizar a qualidade assistencial e, sobretudo para se obter uma eficácia gerencial.

Nessa mesma perspectiva, Rossaneis *et al.* (2014) ressaltam que a os indicadores proporcionam monitorar a qualidade assistencial de enfermagem que está sendo oferecida e possibilita também comparar os resultados das avaliações entre hospitais ou em um mesmo hospital em um determinado espaço de tempo, almejando os fatores que intervêm no processo dos serviços oferecidos em saúde.

No tocante à produção científica de artigos que abordem a avaliação da qualidade na assistência à saúde, Borges *et al.*, (2017) concluiu em seu estudo que houve um crescimento em relação às últimas duas décadas, com ênfase aos três grupos por ele classificados, denominados vertentes, são elas: 1. Referente à utilização de programas avaliativos para acreditação hospitalar, e a instituição de saúde com sua busca incessantemente a certificação, mesmo que de maneira subjetiva, para se sobressair sobre os outros serviços de saúde existentes; 2. Referente à visão dos gestores sobre como seus serviços de saúde estão se comportando, levando a crer que isso pode influenciar a melhoria de produção de serviços e desperdícios de materiais e melhor alocação de recursos humanos; e 3. Vertente a qual explica que, programas e avaliações de saúde no que diz respeito à qualidade, principalmente da assistência, muitas vezes são propostos unicamente para o bem-estar do paciente, já que o mesmo é porta-voz da qualidade que recebeu ao procurar tal serviço de saúde.

Foi na década de 1990 que surgiu a preocupação, por parte das instituições de saúde, em elaborar estratégias para adesão a programas de avaliação de qualidade com certificação (BONATO, 2011).

O mesmo autor citado acima, ressalta que as metodologias de Qualidade auxiliam na reestruturação dos processos internos, com benefícios para o usuário e para os colaboradores, tanto na configuração das atividades de trabalho,

como na manutenção do foco em infraestrutura. Nesse sentido, as abordagens das metodologias são voltadas para a produtividade e o equilíbrio da organização e outras voltadas ao desenvolvimento do potencial humano (BONATO, 2011).

Bonato (2011) relembra que: “a maioria dos hospitais submetidos à acreditação são serviços privados. O processo de acreditação gera um custo institucional, que os serviços de saúde públicos não conseguem arcar”. (BONATO, 2011, Pg. 330).

De acordo com Ferreira *et al.* 2015, apenas em 1998 o Programa Brasileiro de Acreditação foi oficialmente lançado. Os autores argumentam:

“Para a assessoria da gestão da qualidade, acreditação é uma avaliação por uma empresa diferente daquela que é avaliada para verificar se esta organização atende aos padrões estabelecidos pela organização nacional de acreditação (FERREIRA *et al.* 2015, pg. 9).”

Assim, a acreditação ocorre quando uma instituição não-governamental realiza uma avaliação de outra instituição para verificar se a mesma está cumprindo padrões aceitáveis criados para assegurar a segurança e a qualidade da assistência (ONA, 2014).

Analisando o indicador “segurança do paciente”, o surgimento da tecnologia e a modernização no campo dos profissionais e usuários da saúde foi bastante estudado e evidenciado como importante mensurador da qualidade de serviços de saúde (BORGES *et al.*, 2017).

Sob essa ótica, em 2013 foi instituído o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria MS/GM nº 529 (BRASIL, 2013), com o objetivo de monitorar e prevenir danos na assistência à saúde e gerar condições para a qualificação do cuidado em saúde, nas instituições de saúde públicas e privadas do Brasil (PINTO, 2016).

Fassarella *et al.* 2013, atentam para a importância do trinômio: segurança x qualidade x comunicação. Os autores debatem sobretudo sobre a questão da capacitação de profissionais, para alcançar de forma efetiva a qualidade assistencial:

“Para se ter uma efetividade na assistência com esse trinômio se faz necessário profissionais preparados e capacitados para construir uma relação estruturada através da qualidade das

informações trocadas, diminuindo os riscos e falhas para seu paciente, favorecendo uma melhor segurança, promovendo qualidade na saúde sem gerar danos (FASSARELLA *et al.*, 2013, pg. 4) ||

A preocupação com a qualidade também relatada por Ribeiro *et al.* 2016 aponta os desafios enfrentados pelas instituições e pelos profissionais da área da saúde.

Particularizando, a qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, no contexto hospitalar, é uma área que exige estudos específicos, no sentido de se identificarem estratégias diferenciadas que possam contribuir para uma prática profissional de excelência (RIBEIRO *et al.* 2016, pg. 132)||.

Borges *et al.*, (2017) destacam que os profissionais de enfermagem realizam parte significativa do atendimento, são maioria nas instituições de saúde e participam ativamente da satisfação dos usuários e, assim influenciam na melhoria da qualidade dos serviços.

Fassarella *et al.* 2013, corrobora com Borges *et al.* 2017, e argumenta:

A enfermagem é a equipe que mais interage com o paciente, cabendo-lhe atribuições variadas, e com isso, existe uma vasta preocupação em relação à qualidade e humanização da assistência prestada. (FASSARELLA *et al.*, 2013, pg. 2)||

Dentre as vantagens de se analisar indicadores, Neves *et al.* (2013) aponta que ao reunir um conjunto de indicadores é possível que o gestor identifique o perfil de cada funcionário em relação ao que agrega a equipe. Essa informação beneficia o desenvolvimento de planejamento de ações pontuais dentro de hospitais que objetivam melhoria na qualidade dos serviços de saúde oferecidos.

Foi a partir disso que Neves *et al.* 2013 conceituaram tipos de indicadores: global e parcial, da seguinte forma:

O indicador global possibilita que o gestor tenha um ranking no qual os hospitais da carteira são ordenados conforme o grau de satisfação, devendo ser um primeiro dado a ser analisado para que o gestor tenha uma visão geral da rede credenciada. Com os indicadores parciais, o gestor tem sua visão ampliada sobre os hospitais, permitindo que este possa diagnosticá-los, identificando as deficiências e as virtudes dos serviços prestados por cada hospital. Os indicadores parciais são úteis, por exemplo, na formulação de recomendações ou orientações específicas para um hospital. (NEVES *et al.* 2013, pg. 25)||.

3. METODOLOGIA

3.1 Caracterização da pesquisa

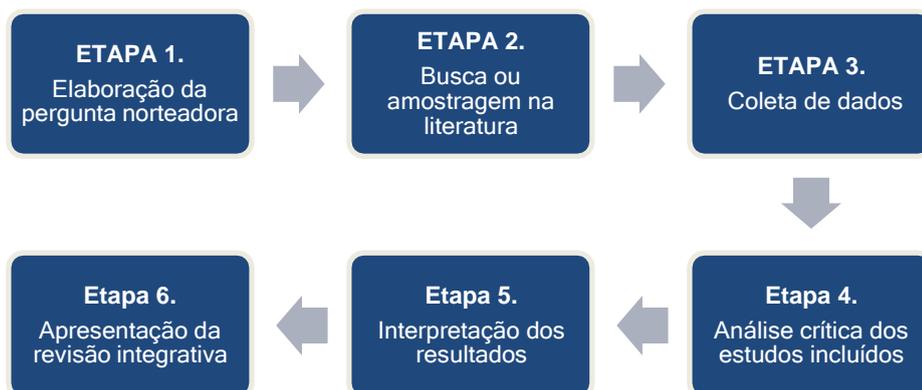
A pesquisa aqui desenvolvida foi elaborada a partir de abordagem teórica. Classificando as pesquisas de acordo com os procedimentos utilizados para coleta de dados existem duas divisões. A pesquisa bibliográfica e documental, as que se valem de fontes de papel. E, na segunda, fontes de dados fornecidos por meio: experimental, estudo de caso controle, levantamento e o estudo de caso e estudo decampo (GIL, 2002, p. 43). No presente estudo foi adotada a pesquisa bibliográfica.

3.2 O método “Revisão Integrativa da literatura”

O método escolhido para a coleta de dados foi a pesquisa integrativa da literatura. De acordo com Soares *et. al.* (2014), esse tipo de método é um estudo de revisão integrativa da literatura que possui a intenção de sintetizar os estudos já desenvolvidos utilizando diferentes metodologias e, possui a finalidade de proporcionar um conhecimento aprofundado relativo a temática em questão.

A pesquisa que utilizada esse tipo de metodologia deve seguir seis passos, os quais se encontram detalhados a seguir.

REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA



Fonte: Dados da pesquisa, 2018 (Adaptado de SOUZA E CARVALHO, 2010).

- **Primeira etapa: elaboração da pergunta norteadora**

De início, para elaborar a revisão integrativa é necessário existir um

problema e uma hipótese. Essas questões devem apresentar relevância para a área da saúde. Essa fase norteará todo o restante da pesquisa.

- **Segunda etapa: amostragem ou busca na literatura**

Nesta fase ocorre a busca por dados que irão ser incluídos na pesquisa. De acordo com Mendes *et. al.* (2008) dentre os bancos de dados para coleta:

A internet é uma ferramenta importante nesta busca, pois as bases de dados possuem acesso eletrônico. A seleção dos estudos para a avaliação crítica é fundamental, a fim de se obter a validade interna da revisão. É um indicador para atestar a confiabilidade, amplitude e poder de generalização das conclusões da revisão.

Os descritores utilizados na busca na literatura foram: "indicadores de qualidade em assistência à saúde" e "administração hospitalar".

- **Terceira etapa: coleta de dados**

Após ter realizado a busca por dados, nesta etapa as informações coletadas irão ser selecionadas e assim, as mais relevantes serão as informações-chave.

- **Quarta etapa: análise crítica dos estudos incluídos**

Ocorre na quarta fase a análise crítica e detalhada dos dados. A análise deve ser realizada de forma crítica, procurando explicações para os resultados diferentes ou conflitantes nos diferentes estudos.

- **Quinta etapa: interpretação dos resultados**

Nesta etapa, a partir da interpretação e síntese dos resultados, comparam-se os dados evidenciados na análise dos artigos ao referencial teórico. Além de identificar possíveis lacunas do conhecimento, é possível delimitar prioridades para estudos futuros. Contudo, para proteger a validade da revisão integrativa, o pesquisador deve salientar suas conclusões e inferências, bem como

explicitar os vieses (URSI, 2005).

- **Sexta etapa: apresentação da revisão/síntese do conhecimento**

Na última etapa deve ocorrer a elaboração do documento que deve contemplar a descrição das etapas percorridas pelo revisor e os principais resultados evidenciados da análise dos artigos incluídos. É um trabalho de extrema importância já que produz impacto devido ao acúmulo do conhecimento existente sobre a temática pesquisada. A importância da divulgação dos resultados da investigação é incondicionalmente reconhecida, mas as formas de como divulgar ainda são limitadas devido às exigências dos periódicos científicos, a necessidade de outro idioma e dos recursos financeiros dispensados, apesar dos enormes avanços na tecnologia da comunicação (MENDES *et. al.* 2008).

3.3 Aplicação do método “Revisão Integrativa da literatura”

A pesquisa bibliográfica foi realizada no site da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Esse banco de dados forneceu os estudos para a revisão na literatura da presente pesquisa coletando os mesmos das bases mais conceituadas em saúde: Banco de Dados de Enfermagem (BDENF - Enfermagem), Secretaria Estadual de Saúde – SP, LILACS, (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e CidSaúde – Cidades Sustentáveis.

Para a coleta de estudos na literatura foi adotado o operador booleano AND (tradução: e) para facilitar a busca no sistema combinando os termos norteadores da pesquisa.

Os descritores usados na investigação da literatura foram: “indicadores de qualidade em assistência à saúde” e “administração hospitalar”. Dessa forma, a pesquisa ocorreu da seguinte forma: **indicadores de qualidade AND assistência à saúde AND administração hospitalar**.

Para otimizar os resultados, foram aplicados filtros durante a pesquisa. Os filtros selecionados foram: língua portuguesa, texto completo e ano de publicação a partir de 2012 até atualmente.

Após aplicar os filtros na pesquisa, foram encontrados vinte e dois estudos utilizando a combinação de indicadores de qualidade AND assistência à saúde AND administração hospitalar. A análise final se deu em dez estudos, pois foram excluídos os estudos duplicados e que não estavam dentro do tema.

Posteriormente a aplicação dos critérios de exclusão, foi realizada uma leitura rápida dos artigos mais relevantes e coerentes a temática. Nesse sentido, os resultados foram no total de dez estudos selecionados para a presente pesquisa.

Foi realizada a leitura minuciosa dos dez estudos selecionados para a presente pesquisa e a análise dos mesmos está descrita no capítulo dos Resultados a seguir.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dando sequência a análise dos estudos abordados, a natureza de cada estudo presente foi: setes artigos e três teses, totalizando dez estudos.

Foi identificado que os estudos selecionados foram coletados em dois bancos de dados: Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Banco de Dados em Enfermagem (BDENF).

As publicações dos periódicos foram os seguintes: Caderno de Saúde Pública (um artigo), Revista Gaúcha Enfermagem (um artigo), Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil (um artigo), Revista SOBECC (um artigo), Revista Eletrônica de Enfermagem (um artigo), Revista Administração em Saúde (um artigo), Physis Revista de Saúde Coletiva (um artigo) e as três teses LILLACS.

Em relação ao ano de publicação, obtivemos em 2012 dois estudos publicados, sendo um artigo e uma tese, já em 2013 foram quatro estudos publicados, sendo três artigos e uma tese, em 2014 foram dois artigos, em 2015 apenas um artigo e em 2016 uma tese publicada. Vale ressaltar que durante a filtragem dos estudos selecionados foi dada prioridade às pesquisas dos anos mais recentes.

O Quadro 1, reúne todos os estudos selecionados na pesquisa e as informações pertinentes a classificação.

**SABERES CIENTÍFICOS:
SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR**

QUADRO 1. Revisão Integrativa

	TÍTULO	AUTORIA	PUBLICAÇÃO/ANO	PERÍODICO
1	Modelagem hierárquica de determinantes associados a internações por condições sensíveis à atenção primária no Espírito Santo, Brasil	Pazó, Rosalva Grobério ; Frauches, Diana de Oliveira ; Maria, del Carmen Bisi Molina ; Cade, Nágela Valadão .	Artigo em Português LILACS ID: lil-725858. 2014	Caderno de saúde Pública
2	Indicador de qualidade assistencial úlcera por pressão: análise de prontuário e de notificação de incidente	Santos, Cássia Teixeira dos ; Oliveira, Magáli Costa ; Pereira, Ana Gabriela da Silva ; Suzuki, Lyliam Midori ; Lucena, Amália de Fátima .	Artigo em Português BDENF - Enfermagem ID: bde-25180. 2013	Revista Gaúcha Enfermagem
3	Redes de atenção às urgências e emergências: pré-avaliação das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) em uma região metropolitana do Brasil	SILVA, Greciane Soares da ; SAMICO, Isabella ; DUBEUX, Luciana Santos ; Felisberto, Eronildo .	Artigo em Português LILACS ID: lil-660949. 2012	Revista Brasileira de saúde materno infantil
4	Cirurgias eletivas: cancelamentos e causas	Botazini, Naraiamma Oliveira ; Toledo, Lucas Dionísio ; Souza, Diba Maria Sebba Tosta .	Artigo em Português BDENF - Enfermagem ID: bde-32590. 2015	Revista SOBEC
5	Indicadores de qualidade utilizados nos serviços de enfermagem de hospitais de ensino	Rossaneis, Mariana Angela ; Gabriel, Carmen Silvia ; Haddad, Maria do Carmo Fernandez Lourenço ; Melo, Marcia Regina Antonietto da Costa ; Bernardes, Andrea .	Artigo em Português LILACS, BDENF - Enfermagem ID: biblio-832379. 2014	Revista Eletrônica de Enfermagem
6	Avaliação da qualidade da assistência hospitalar do mix público-privado do sistema único de	Souza, Paulo César de ; Scatena, João Henrique G.	Artigo em Português LILACS ID: lil-704509. 2013	Revista Administração em Saúde

SABERES CIENTÍFICOS: SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR

	saúde no estado de Mato grosso: um estudo multicaso			
7	Démarche estratégica: modo inovador e eficaz de análise da missão institucional	Araújo, Maria de Jesus Dias de; Artmann, Elizabeth; Andrade, Maria Angélica C.	Artigo em Português LILACS ID: lil-680804. 2013	Physis Revista de Saúde Coletiva
8	Construção e análise de uma ferramenta computacional para cálculo de indicadores de qualidade da assistência de enfermagem	Pinto, Vitória Regina Souza.	Tese em Português LILACS, BDEF - Enfermagem ID: biblio-905834. 2016	LLILACS
9	Percepção dos gestores sobre o uso de indicadores nos serviços de saúde	Lima, Keler Wertz Schender de.	Tese em Português LILACS ID: lil-713152. 2013	LILLACS
10	Avaliação da assistência materna e neonatal: a construção do índice de completude da assistência hospitalar através dos sistemas de informações assistenciais	Silva, Ana Lúcia Andrade da.	Tese em Português LILACS ID: lil-691857. 2012	LILLACS

Fonte: Dados da Pesquisa, 2018.

Corroborar-se com Borges *et al.* (2017) na discussão dos resultados da pesquisa por eles desenvolvidas, onde os mesmos constataram que embora de modo subjetivo, os periódicos especializados de Enfermagem apresentaram-se como a área de atuação da maioria dos artigos selecionados e, a partir desta contestação o estudo afirmou que dessa forma explicita o interesse da área em assegurar a qualidade da assistência prestada aos pacientes. Os mesmos ressaltaram ainda que como consequência dessa ação, a importância para a gestão e para os usuários a produção do conhecimento sobre a temática em questão.

Outro ponto analisado foram as temáticas abordadas nos estudos selecionados. Nesse sentido, foi possível observar a ampla gama de temas relacionados a avaliação da qualidade em serviços de saúde e o quão importante

são as variáveis para o desenvolvimento das pesquisas. Assim, observaram-se temáticas tais como: gestão hospitalar, planejamento em saúde, gestão estratégica, políticas públicas, sistemas de informação em saúde. Os temas interagiram com a proposta do estudo e embasaram a análise dos resultados.

Na pesquisa de Pazó *et al.* (2014), em relação a organização dos serviços de saúde os autores realizaram uma avaliação do mesmo e como resultado concluíram que no modelo final da análise hierarquizada, encontra-se o plano de saúde, na população geral, adultos e idosos. Assim:

Notou-se que a sua maior ocorrência implicou menor número de ICSAP, acredita-se que a sua presença melhora o acesso a consultas preventivas de saúde e, por isso, reduza as internações sensíveis 1,12. (PAZÓ *et al.* 2014 - pg. 1899). ||

Por meio da pesquisa desenvolvida por Santos *et al.* (2013) sobre indicadores de qualidade assistencial de úlcera por pressão (UP) com base na análise de prontuário e de notificação de incidente foi possível comprovar que os dados contidos no sistema de indicadores de qualidade eram fidedignos. Entretanto, outra constatação foi que para validar os indicadores, é fundamental que as instituições realizem a avaliação dos indicadores de forma contínua, pois foi observada uma notificação abaixo do esperado no indicador de qualidade assistencial de UP baseando-se nos registros de enfermagem no período analisado.

Critérios de indicadores com três níveis de análises: assistência à saúde, integração interinstitucional e gestão, foram escolhidos com método para avaliar cinco Unidades de Pronto Atendimento (UPA) da região metropolitana de Recife-PE. Nesse estudo, Silva *et al.* (2012) também demonstraram a importância da avaliação dos indicadores para determinar a assistência em saúde. Como conclusão do estudo os autores verificaram que dentro dos parâmetros analisados as UPA's apresentaram condições para alcançar suas metas e objetivos condizentes com o modelo lógico desenvolvido na pesquisa.

No processo de gestão hospitalar, os indicadores de qualidade proporcionaram investigar as causas de cancelamentos de cirurgias frequentes em um hospital. A proposta do estudo desenvolvido foi justamente investigar as causas para desempenhar ações que visem a redução das taxas de cancelamento. A

equipe gestora concluiu que:

“O maior grau de satisfação dos funcionários e pacientes envolvidos pode ser obtido simultaneamente a um aprimoramento da qualidade de assistência da instituição. Assim, a prestação de serviço poderá ser feita de maneira mais efetiva, contribuindo para um aumento na qualidade da assistência prestada pela instituição” (BOTAZINI *et. al.* 2015, pg. 217).

Ainda com foco na abordagem da gestão hospitalar, Araújo *et al.* (2013) elaboraram um artigo com o objetivo de discutir o processo de aplicação do enfoque “*démarche estratégica*” em uma maternidade pública em Teresina-PI na perspectiva de rede coordenada de serviços. Os resultados demonstraram o potencial do enfoque para utilização de ferramenta de diagnóstico situacional e de gestão hospitalar. Esses pontos colaboram no processo de visualizar a missão institucional e buscar a qualidade. Ressaltando que para se alcançar mudanças institucionais estáveis é necessário para as intenções se constituírem um plano de ação concreta.

Em conclusão ao seu estudo, Rossaneis *et al.* (2014) indica que a enfermagem utilize os indicadores apontados no estudo no gerenciamento das suas ações, pois os mesmos estão relacionados diretamente à assistência da equipe de enfermagem ao paciente (incidência de úlcera por pressão, incidência de queda do paciente, incidência de não conformidade na administração de medicamentos e taxa de acidente de trabalho de profissionais de enfermagem) e interferem nos resultados da assistência prestada ao paciente.

Além disso, os autores citados acima, concluíram ainda que os indicadores de qualidade no processo avaliativo já é realidade em muitas instituições de saúde, no entanto se faz necessária a implementação de estratégias a fim de analisar comparativamente esses indicadores em contextos diferentes de assistência à saúde, com foco em gerar subsídios para programas e políticas públicas de melhoria da qualidade assistencial em saúde (ROSSANEIS *et al.* 2014).

Assim como aqui é delineado, o estudo de Pinto (2016) também tem enfoque na avaliação como melhoria da qualidade. De acordo com o autor, a avaliação dos resultados da assistência prestada ainda é um dos maiores obstáculos enfrentados pelos profissionais da saúde e os indicadores permitem monitorar a

qualidade do atendimento oferecido. Nesse pensamento, Pinto (2016) propôs em sua pesquisa uma ferramenta computacional que possibilitasse a formulação de propostas de estratégias para a melhoria da qualidade da assistência em saúde.

A partir de uma metodologia qualitativa e uso de entrevista semiestruturada, Lima (2013) desenvolveu seu estudo com o objetivo de descrever a percepção dos gestores de unidades de saúde quanto ao uso dos indicadores de saúde em suas ações de planejamento e controle de serviços públicos de saúde em cinco unidades municipais de saúde da subprefeitura de Aricanduva, SP. A autora concluiu que ocorre uma subutilização dos indicadores de saúde, pois os sistemas de informação são pouco utilizados pelos gestores no processo de planejamento e controle. Na percepção dos gestores, os sistemas de informação são vistos como um instrumento técnico-burocrático e muitos apresentam limitações para utilizar esses sistemas. Os indicadores apontados pelos gestores como mais relevantes para o planejamento de suas unidades foram os mesmos estipulados pelo Ministério da Saúde para a Política Nacional de Atenção Básica. O estudo ressaltou que esses indicadores foram sugeridos, sobretudo devido a cobrança por parte das instâncias administrativas superiores na busca pela apresentação de resultados com informações relativas a esses indicadores (LIMA, 2013).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista a análise realizada na presente pesquisa, observou-se que a literatura científica apresenta estudos na área da saúde que demonstram a relevância dos indicadores de qualidade em serviços de saúde. Entretanto, quando se analisa a questão do ano das publicações os resultados apontaram uma carência considerável de pesquisas recentes na temática, dificuldade encontrada na construção do referencial teórico para o estudo.

No tocante a importância dos indicadores de qualidade em serviços de saúde, todos os estudos selecionados para análise reafirmaram a relevância dos indicadores, sendo unânimes nessa questão.

Destacamos nessa conclusão que referente a aplicabilidade dos indicadores mais relevantes, do ponto de vista da atuação dos gestores, os

indicadores se comportaram como pontos-chave para o desenvolvimento das pesquisas analisadas. Além disso, os indicadores funcionam como instrumento para ações gerenciais pouco usados pelos gestores no planejamento em saúde.

Contudo, enfatiza-se que existe uma necessidade de evidenciar na prática a importância da avaliação contínua dos indicadores de qualidade e o tratamento dessas informações por sistemas de informação que possam direcionar as tomadas de decisões da gestão e efetivamente proporcionar uma assistência de qualidade aos usuários.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Maria de Jesus Dias de; ARTMANN, Elizabeth; ANDRADE, Maria Angélica C. Démarche estratégica: modo inovador e eficaz de análise da missão institucional. *Physis (Rio J.)*; 23(2): 319-343, abr.-jun. 2013. Tab. Artigo em Português | LILACS | ID: lil-680804. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v23n2/v23n2a02.pdf> Acesso em: 10 de novembro de 2018.

BONATO VL. Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. *Mundo saúde*. 2011;35(5):319-31. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/artigos/gestao_qualidade_saude_melhorando_assistencia_cliente.pdf> Acesso em: 10 de outubro de 2018.

BORGES, ANA MARIA MACHADO; DUARTE, MÁRCIA MICHELLY PEREIRA; COELHO, WALLACE GRANGEIRO; BEZERRA, ERINE DANTAS. AVALIAÇÃO DE QUALIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA. *Revista Rede de Cuidados em Saúde*. ISSN--1982--6451. Disponível em: <http://publicacoes.unigranrio.com.br/index.php/rcs/article/view/3103/2201> Acesso em: 01 de outubro de 2018.

BOTAZINI, Naraiamma Oliveira; TOLEDO, Lucas Dionísio; SOUZA, Diba Maria Sebba Tosta. Cirurgias eletivas: cancelamentos e causas. *Rev. SOBECC*; 20(4)out.-dez. 2015. tab, illus. Artigo em Português | BDEF - Enfermagem | ID: bde-32590. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1414-4425/2015/v20n4/a5300.pdf> Acesso em: 10 de novembro de 2018.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo S.A., MESP, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde [online]. 2011. Disponível em:<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=36281&janela=1> Acesso em: 10 de novembro de 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria n. 2048/GM de 05 de novembro de 2002: aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência.

Brasília, 2002. Acesso em: 30 de setembro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 40 p.

Disponível em: <

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf> Acesso em: 16 de setembro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do paciente (PNSP). Diário Oficial da União, abr 2013.

DEUS, A. R. Qualidade na assistência à saúde - um olhar sobre a literatura. In: CONGRESSO NACIONAL DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO, 12, 2016, Rio de Janeiro. Anais... Rio de Janeiro: 2016, p. 2-16.

FASSARELLA. Cintia Silva; BUENO. Andressa, Aline Bernardo; GUARILHA. Juliana Barbosa; ANDRADE. Michelle de Albuquerque. Comunicação no contexto hospitalar como estratégia para a segurança do paciente: revisão integrativa. Revista Rede de Cuidados em Saúde, ISSN1982-6451, Vol.7. Nº1, 2013. Disponível em:

<<http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/racs/article/viewFile/1901/905>>

Acesso em: 10 de outubro de 2018.

FELDMAN, Liliane Bauer; GATTO, Maria Alice Fortes; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação*. Acta Paul Enferm. 2005;18(2):213-9. 2004.

FERREIRA, F. L. A.; CHIAPETTI, R. A.; MANFRIN, Z. M. A estratégia na busca pela acreditação hospitalar do Hospital de Clínicas de uma Universidade Pública. UFPR. PUC-PR. Disponível em: <

[http://cac-
php.unioeste.br/eventos/cingen/artigos_site/convertido/1 Estrategia e Competitividade/A estrategia na busca pela acreditacao hospitalar do Hospital de Clinicas de uma Universidade Publica](http://cac.php.unioeste.br/eventos/cingen/artigos_site/convertido/1_Estrategia_e_Competitividade/A_estrategia_na_busca_pela_acreditacao_hospitalar_do_Hospital_de_Clinicas_de_uma_Universidade_Publica)> Acesso em 15 de novembro de 2018.

FREITAS, Marcelo Nogueira de Indicadores de desempenho como instrumento de gestão em unidades hospitalares / Marcelo Nogueira de Freitas. - Recife: Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde) – Universidade Federal de Pernambuco, CCSA, 2014.

MEDICI, André César; MARQUES, Rosa Maria. Sistemas de custo como instrumento de eficiência e qualidade dos serviços de saúde. **Cadernos Fundap**, Rio de Janeiro, p.47-59, jan./abr. 1996.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. REVISÃO integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto e contexto - Enfermagem - volume 17 no. 4. Florianópolis Outubro. 2008.

MICHAELIS. Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa. Online. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues->

brasileiro/qualidade/> Acesso em: 04 de outubro de 2018.

OLIVEIRA, COSTA, Luana de Souza Deyseanne do Nascimento; OLIVEIRA, ALMEIDA, Daniele Martins de Lima; Hendyara Oliveira Carvalho; MENDONÇA, Ivana Oliveira. INDICADORES DE QUALIDADE NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA HOSPITALAR. Enfermagem ciências biológicas e da saúde ISSN IMPRESSO 1980-1785 ISSN ELETRÔNICO 2316-3143. 2018.

ONA. Organização Nacional de Acreditação - ONA. Manual das organizações prestadoras de Serviço de Saúde. Brasília: ONA; 2014.

PAZÓ, Rosalva Grobério; FRAUCHES, Diana de Oliveira; MARIA, del Carmen Bisi Molina; CADE, Nágela Valadão. Modelagem hierárquica de determinantes associados a internações por condições sensíveis à atenção primária no Espírito Santo, Brasil. Artigo em Português | LILACS | ID: lil-725858. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30 (9):1891-1902, set, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2014.v30n9/1891-1902> Acesso em: 10 de novembro de 2018.

PINTO, Vitoria Regina Souza. Construção e análise de uma ferramenta computacional para cálculo de indicadores de qualidade da assistência de enfermagem / Vitoria Regina Souza Pinto. – Niterói: [s.n.], 2014. 103 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial) - Universidade Federal Fluminense, 2014. Disponível em: <<https://app.uff.br/riuff/handle/1/2555>> Acesso em: 10 de novembro de 2018.

PRUBEL, Christiane Carraro. A gestão da qualidade e sua importância. Disponível em: < <http://www.ietec.com.br/imprensa/a-gestao-da-qualidade-e-sua-importancia-em-projetos/>> Acesso em: 20 de outubro de 2018.

RIBEIRO, O. M. P. L.; MARTINS, M. M. F. P. S.; TRONCHIN, D. M. R. Modelos de prática profissional de enfermagem: revisão integrativa da literatura. Revista de Enfermagem Referência. Série IV - n.º 10 - jul./ago./set. 2016. PP.125-133. ISSN: 2182.2883 | ISSNp: 0874.0283. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16008> Acesso em: 12 de setembro de 2018.

ROSSANEIS. Mariana Angela. GABRIEL, Carmen Silvia; HADDAD, Maria do Carmo Fernandez Lourenço; MELO, Marcia Regina Antonietto da Costa; BERNARDES, Andrea. Indicadores de qualidade utilizados nos serviços de enfermagem de hospitais de ensino. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2014 out/dez;16(4):769-76. Disponível em: < <https://www.fen.ufg.br/revista/v16/n4/pdf/v16n4a09.pdf>> Acesso em: 15 de setembro de 2018.

SANTOS, Cássia Teixeira dos; OLIVEIRA, Magáli Costa; PEREIRA, Ana Gabriela da Silva; SUZUKI, Lyliam Midori; LUCENA, Amália de Fátima. Indicador de qualidade assistencial úlcera por pressão: análise de prontuário e de notificação de incidente. Rev Gaucha Enferm; 34(1): 111-118, mar. 2013. Tab. Artigo em Português | BDEFN - Enfermagem | ID: bde-25180. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n1/14.pdf> Acesso em: 10 de novembro de 2018.

SILVA, Ana Lúcia Andrade da. Avaliação da assistência materna e neonatal: a construção do índice de completude da assistência hospitalar através dos sistemas de informações assistenciais/ Ana Lúcia Andrade da Silva. — Recife: A. L. A. da Silva, 2012. Dissertação. Disponível em: <http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2012silva-ala.pdf> Acesso em: 10 de novembro de 2018.

SILVA, Greciane Soares da; SAMICO, Isabella; DUBEUX, Luciana Santos; Felisberto, Eronildo. Redes de atenção às urgências e emergências: pré-avaliação das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) em uma região metropolitana do Brasil. *Rev. bras. saúde mater. infant*; 12(4): 445-458, out.-dez. 2012. graf, tab. Artigo em Português | LILACS | ID: lil-660949. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v12n4/a11v12n4.pdf> Acesso em: 10 de novembro de 2018.

Silva K, Moreira JAA, Vasconcelos LT. Josilene Aparecida Alves Moreira², Letícia Lopes Oliveira⁴, Caroline Kianne Coimbra⁵ GESTÃO DA QUALIDADE TOTAL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: MODELO GERENCIAL EM DESENVOLVIMENTO. Revista Eletrônica Gestão & Saúde ISSN: 1982-4785. Revista Eletrônica Gestão & Saúde. Vol.06, N°. 01, Ano 2015 p.617-32. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/viewFile/13757/9691> Acesso em: 04 de novembro de 2018.

SOARES, C. B., HOGA, L. A., Peduzzi, M., SANGALETI, C., YONEKURA, T., & SILVA, D. R. (2014). Integrative review: Concepts and methods used in Nursing. Revista da Escola de Enfermagem USP.

SOUZA MT, SILVA MD, CARVALHO R. 2010. Revisão integrativa: o que é e como fazer? Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf Acesso em: 30 de setembro de 2018.

SOUZA, Paulo César de; SCATENA, João Henrique G. Avaliação da qualidade da assistência hospitalar do mix público-privado do sistema único de saúde no estado de Mato grosso: um estudo multicaso. *Rev. adm. saúde*; 15(59): 79-88, abr.-jun. 2013. tab, graf. Artigo em Português | LILACS | ID: lil-704509. Disponível em: < http://pesquisa.bvsalud.org/brasil/?fb=&lang=pt&home_url=http%3A%2F%2Fbrasil.bvs.br&home_text=BVS+Brasil&q=indicadores+de+qualidade+AND+assist%C3%AAncia+a+sa%C3%BAde+AND+administra%C3%A7%C3%A3o+hospitalar&where=&filter%5Bfulltext%5D%5B%5D=1&filter%5Bla%5D%5B%5D=pt&filter%5Byear_cluster%5D%5B%5D=2012&filter%5Byear_cluster%5D%5B%5D=2015&filter%5Byear_cluster%5D%5B%5D=2013&filter%5Byear_cluster%5D%5B%5D=2014> Acesso em: 10 de novembro de 2018.

URSI ES. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005.

VIEIRA APM, KURCGANT P. Indicadores de qualidade no gerenciamento de recursos humanos em enfermagem: elementos constitutivos segundo percepção de enfermeiro. *Acta paul enferm.* 2010; 23(1): 11-15.

VIEIRA, Dirce Krassuski; DETONI, Dimas José; DOS SANTOS BRAUM, Loreni Maria. Indicadores de Qualidade em uma Unidade Hospitalar. III Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia, 2006. Disponível em: <
https://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos06/680_Indicadores%20de%20qualidade%20em%20uma%20Unidade%20Hospitalar.pdf> Acesso em: 15 de setembro de 2018.

SABERES CIENTÍFICOS:
SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR

