



INOVAÇÕES EM GESTÃO HOSPITALAR

Organizadores:

Profa. Dra. Sueli Rosina Tonial Pistelli

Prof. Me. Josenilson Neves Ferreira

Prof. Ma. Bruna Rafaella Almeida da Costa



EXPEDIENTE FACULDADE LABORO

DIRETORA GERAL

Sueli Rosina Tonial Pistelli

DIRETORA ACADÊMICA

Francilene Duarte Santos

COORDENADOR DO CURSO DE GESTÃO HOSPITALAR

Josenilson Neves Ferreira

REVISÃO

Bruna Rafaella Almeida da Costa

EDIÇÃO

Bruna Rafaella Almeida da Costa

DIAGRAMAÇÃO

Stephany Duarte Santos

CONSELHO EDITORIAL

Profa. Dra. Sueli Rosina Tonial Pistelli – Faculdade Laboro

Profa. Dra. Joice - Diretora HUUFMA

Prof. Me. Josenilson Neves Ferreira – Faculdade Laboro

COMISSÃO CIENTÍFICA

Prof. Dr. Bruno de Paula Ribeiro - Faculdade Laboro

Profa. Ma. Bruna Rafaella Almeida da Costa - Faculdade Laboro

Prof. Ma. Ilka Kassandra Pereira Belfort - Faculdade Laboro

Prof. Me. Josenilson Neves Ferreira - Faculdade Laboro

Prof. Me. Wllington Jorge dos Santos - Faculdade Laboro

Revista Científica de GESTÃO HOSPITALAR

Coordenação do Curso de Gestão Hospitalar - Faculdade Laboro

Av. Castelo Branco, N 605 - São Francisco, CEO: 65076-090

São Luís - MA - Brasil

Telefone: (098) 3216 9900

I58

Inovações em gestão hospitalar. / Sueli Rosina Tonial Pistelli, Josenilson Neves Ferreira, Bruna Rafaella Almeida da Costa (orgs.) – São Luís: Laboro, 2023.

132 f.

ISBN 978-65-89410-27-0

1. Inovação 2. Saúde 3. Gestão hospitalar 4. I. Título

CDU 614

Índice para catálogo sistemático:

1. Gestão hospitalar 614

Arielle Priscila Silva Soares – Bibliotecária – CRB 13/811

Sumário

PROPOSTA DE INVESTIMENTO EM TECNOLOGIA NO AMBIENTE HOSPITALAR QUE POSSIBILITE A ACESSIBILIDADE AO DEFICIENTES	7
A SEGURANÇA DO PACIENTE ATRAVÉS DE UM SISTEMA ELETRÔNICO EM ENFERMARIAS	15
APLICAÇÃO DO PROTOCOLO COMO CONTRIBUIÇÃO PARA SEGURANÇA DO PACIENTE NA SAÚDE BÁSICA	22
DESAFIOS E POSSIBILIDADES DA SAÚDE BUCAL NAS UTIS	33
PROJETO CANTINHO DA PAZ: AMENIZANDO O ESTRESSE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO AMBIENTE DE TRABALHO	42
IMPACTOS DA ACREDITAÇÃO HOSPITALAR E AS DIFICULDADES PARA MANTER A QUALIDADE NAS INSTITUIÇÕES ACREDITADAS	49
FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO NA SALA DE VACINA	60
A IMPLEMENTAÇÃO DO BIG DATA COMO FERRAMENTA DE GESTÃO HOSPITALAR	66
GERENCIAMENTO DE RESÍDUO DE SERVIÇO DE SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: EXPERIÊNCIA INOVADORA COM JOGO LÚDICO	78
HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR NO CONTEXTO PEDIÁTRICO: COMO OFERECER UM ATENDIMENTO DIFERENCIADO.	88
PROGRAMA DE ACOMPANHAMENTO AOS PACIENTES COM TUBERCULOSE	98
ACESSIBILIDADE DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA VISUAL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	108
O LIXO HOSPITALAR E A LIXEIRA INTELIGENTE 4.0	113
O USO DA TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO NA GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM CONTEXTO DE DESASTRES NATURAIS	122
SEGURANÇA DO PACIENTE: O ENVOLVIMENTO DO PACIENTE NA SEGURANÇA DENTRO DA INSTITUIÇÃO.	129

PROPOSTA DE INVESTIMENTO EM TECNOLOGIA NO AMBIENTE HOSPITALAR QUE POSSIBILITE A ACESSIBILIDADE AO DEFICIENTES

Amanda Lúcia Brito Silva¹
Maria Pedrollina Correa Barbosa²
Josenilson Neves Ferreira³

RESUMO

Esta proposta tem como objetivo demonstrar aos alunos um estudo bibliográfico que possa refletir sobre os deficientes visuais, fornecendo como instrumento tangível uma proposta de investimento em tecnologia que possibilite acessibilidade em ambiente hospitalar. É evidente que a proposta acadêmica visa demonstrar os fatores que determinam maior inclusão digital para o deficiência visual. Posteriormente, são apresentadas alternativas tecnológicas que são ferramentas inclusivas para os deficientes visuais, dentre os quais: equipamentos sensoriais, como as Tecnologias Assistivas. Por fim, este estudo se concentra em softwares para acessibilidade aos ambientes digitais para deficientes visuais, que basicamente usam ampliadores de tela para quem tem perda parcial da visão e Braille recursos de áudio, teclado e impressora para pessoas com perda total de visão.

Palavras Chave: Deficientes Visuais; Tecnologias; Acessibilidade

1 INTRODUÇÃO

A função da tecnologia assistiva dentro da inclusão digital para o deficiente visual é de extrema importância fazendo o papel de trazer à luz, para que interceda nos atuais obstáculos encontrados pelos portadores de deficiência visual, quer seja ela total ou parcial, como por exemplo: as dificuldades para estudar, ler, escrever e também na parte de divertimento pessoal, buscam-se encontrar e proporcionar meios tecnológicos amenize ou excluam as adversidades enfrentadas por esses deficientes visuais.

Cabe a esta proposta exemplificar algumas soluções tecnológicas para incluir no meio digital esse indivíduo com a deficiência visual e traçar quais delas seriam fundamentais, diante da existência de um leque que abrange essas tecnologias assistivas disponíveis no mercado e a necessidade do desenvolvimento de projetos-pilotos nessa área, que é bem pobre ou quase não existe.

O avanço tecnológico pode colaborar também para que haja essa inclusão, no sistema e no ambiente hospitalar, das pessoas com deficiência visual, seja ela total ou parcial, já que no cenário atual dessas tecnologias que são voltadas para a pessoa portadora de DV (deficiência visual), já existem equipamentos específicos e algumas ferramentas tecnológicas que são voltados a atenderem às necessidades do DV e o auxiliarem no dia a dia, especialmente no entretenimento e nos estudos, possibilitando-os uma melhor qualidade de vida.

Todo o tempo é criado algumas novidades nessa área, como por exemplo: celulares e demais dispositivos adaptados, impressoras em Braille, até computadores feitos especialmente para cegos, programas com tecnologia assistiva, tornando tangível a possibilidade de reintegrar o DV

¹Aluno do Curso de Gestão Hospitalar da Faculdade Laboro, e-mail: amandaluciabrito@icloud.com

²Aluno do Curso de Gestão Hospitalar da Faculdade Laboro, e-mail: pedrolinacorreia@outlook.com

³Orientador (a) do Trabalho. Professor (a) Mestre da Faculdade Laboro, e-mail: josenilson@laboro.edu.br

realizar suas tarefas de forma semelhante à de uma pessoa que não possui DV, com a finalidade de tornar possível a inclusão desses portadores de DV em quaisquer ambientes seja em ambiente hospitalar, nas ruas, no trabalho, em sua residência ou qualquer outro lugar em que estejam inseridos, tornando-os de fato, “incluídos”.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivos Geral

Identificar soluções que promovam a maior inclusão digital para pessoas com deficiência visual no âmbito hospitalar.

2.2 Objetivos Específicos

- a) focar os softwares de acessibilidade aos ambientes digitais para deficientes visuais;
- b) exemplificar uma série de soluções tecnológicas para facilitar a acessibilidade do deficiente visual no ambiente hospitalar;
- c) nortear por meio deste estudo as reflexões acerca da temática

3 JUSTIFICATIVA

As tecnologias assistivas visam oferecer acesso aos DVS que não estejam conectados ao mundo virtual e também a ensiná-los a utilizarem a internet para resolverem os problemas do dia a dia, tornando-se autônomos.

A deficiência visual foi o tema escolhido para este estudo, pois os deficientes visuais são os que mais têm dificuldades no acesso ao conteúdo de páginas web apresentados via computador, em função disto, existem tecnologias assistivas que possibilitam e facilitam esse acesso, entre elas: software leitores de telas, monitores brailles, tradutor de texto em voz, navegador web textual, ampliador de tela, entre outros. Entretanto, para que todas essas ações sejam possíveis, é necessário ter acessibilidade.

A ausência de acessibilidade pode gerar algumas dificuldades para os deficientes visuais, entre elas: interagir com um dispositivo diferente do teclado, distinguir os links de um documento, navegar através de conceitos espaciais, que fazem parte das situações cotidianas.

Diante do exposto, pode-se inferir que a inclusão digital dos deficientes visuais envolve aspectos como: tecnologias assistivas existentes ou a desenvolver, acessibilidade das páginas na internet e, também, o acesso ao computador (ou ambiente WWW) com a utilização das tecnologias assistivas.

Nesse contexto, justifica-se a presente pesquisa objetivando investigar alternativas para promover a maior inclusão digital das pessoas com deficiência visual. Assim sendo, o objetivo geral desta pesquisa é identificar soluções que promovam a maior inclusão digital para pessoas com deficiência visual.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Tecnologias assistivas e seus conceitos

As tecnologias assistivas são ferramentas tecnológicas que auxiliam e dão independência aos DVS, para que eles possam conseguir ter mais autonomia no ambiente hospitalar, estimulando

do-os a exercerem tarefas como ler, escrever, utilizar a Internet como mecanismo de entretenimento e também educativo, por conseguinte, ampliando o grau de conhecimento das tecnologias assistivas, com isso, aumentando as oportunidades de inclusão social e fazendo com que o próprio esteja ciente das tecnologias adaptadas para ele.

Há que mencionar a questão da palavra que muitas pessoas consideram que a palavra 'deficiente' tem um significado muito forte, carregado de valores morais, contrapondo-se a 'eficiente'. Supondo que uma pessoa deficiente não é capaz; e, sendo assim, então é incompetente e sem inteligência, segundo (GIL, 2004, p. 3). Ledo Engano! em função das tecnologias assistivas que dão todo o suporte para a absorção do conhecimento, obtenção dos títulos acadêmicos e de toda a gama de conhecimentos ao dispor dos deficientes visuais.

GIL (2004, p. 5) Faz uma comparação para diferenciar os tipos de tecnologias assistivas que impactam diretamente na vida dos DVS, são elas:

- a) acessibilidade ao meio físico: possibilidade e condição de alcance para utilização, com segurança e autonomia, dos espaços, mobiliários e equipamentos urbanos, das edificações, dos transportes, por pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida;
- b) acessibilidade digital: flexibilidade do acesso à informação e interação dos usuários que possuam algum tipo de deficiência ou necessidade especial, no que se refere aos mecanismos de navegação e apresentação das páginas, operação de software, hardware e adaptação de ambientes e situações.

Hoje existem diversos tipos de tecnologias que podem permitir ao portador de DV ter acesso à informação, de uma maneira menos complicada. Antes de ser discutido o assunto sobre a inclusão digital do portador de deficiente visual, vamos expor algumas das tecnologias sondada neste estudo, com o objetivo principal de apontar as ferramentas e equipamentos existentes no mercado tais como o Magic, que é um software que amplia a tela do computador em até 16 vezes, garantindo ao usuário uma navegação que possa dá a ele independência necessária para a aquisição de novos conhecimentos.

Giareta exemplifica ([?], p. 6) que existem produtos, como por exemplo:

como um computador de mão para pessoas com deficiência visual rodando Pocket PC 2002 e todos os aplicativos do Pocket Office (Pocket Word, Excel, Internet Explorer, etc.) e provido de portas USB e infravermelho, e aceita placas de expansão para Bluetooth, modem, WI-FI, 64MB RAM, as linhas Braille, que são um conjunto de células, que com 8 pinos ,vão formar um caractere Braille, podendo assim fazer uma representação táctil do que está no ecrã/tela do computador.

Reforçando o conceito de tecnologias assistivas para o melhor entendimento do tema proposto, visto que são ferramentas e serviços que facilitam a vida de portadores de deficiência, que são “os recursos como uma colher adaptada, cadeiras de rodas e softwares para computador e também pode indicar serviços, como intérprete de libras”. (VERUSSA, 2009).

4.2 Tecnologia assistiva no Brasil

Segundo Bersch (2013) a Tecnologia Assistiva é um “termo ainda novo, utilizado para identificar todo o arsenal de recursos e serviços que contribuem para proporcionar ou ampliar habilidades funcionais de pessoas com eficiência e consequentemente promover vida independente e inclusão”. No Brasil estão sendo realizadas implantações e implementações de ferramentas tec-

nológicas que possam ajudar aos deficientes visuais a terem mais autonomia.

Como citado anteriormente, podem existir algumas diferenças no significado entre as expressões Tecnologias Assistiva, Tecnologia de Apoio e Ajudas Técnicas, mas de acordo com Galvão Filho (2009) no Brasil esses termos geralmente são usados como sinônimos. Não se distinguindo dos que se referem apenas aos produtos e serviços daqueles que trazem consigo a metodologia e os processos.

“No Brasil, o processo de apropriação e sistematização do conceito e classificação de Tecnologia Assistiva é ainda mais incipiente e recente”. (GALVÃO FILHO, 2009).

Mendonça et al. (2008, p. 67) explicam de forma mais detalhada que a orientação e a mobilidade são processos interrelacionados que auxiliam e dão qualidade de vida aos deficientes visuais, em conformidade com a definição abaixo:

é um processo usado por deficientes visuais para estabelecer sua posição em relação à todos os objetos, enquanto a mobilidade é capacidade de se locomover no ambiente que os cercam sem a necessidade de alterar a direção, ou seja, caminhar livremente sabendo quais são os obstáculos que estão ao seu redor e como desviá-los. De maneira simples a orientação e mobilidade, ou OM, é a capacidade de compreender o ambiente que nos cerca e nos movimentar neste respectivo ambiente.

Cabe ressaltar a relevância da legislação brasileira na seara da acessibilidade e das definições e terminologias que eclodem ao imergir neste estudo acadêmico e mapear os avanços, retrocessos e pontos de melhoria, tais como:

No que se refere a legislação brasileira o termo tecnologia assistiva aparece no decreto 7.612/2011, porém sem definição sobre o termo. Já o termo Ajudas Técnicas, é encontrado no decreto 3.298/1999 e no decreto 5296/2004. No artigo 19 do decreto 3.298/1999 a expressão Ajudas Técnicas é definida como elementos que compensam uma ou mais limitações funcionais, sejam motoras, sensoriais ou mentais de uma pessoa que possui alguma deficiência, com o objetivo de melhor enfrentar as dificuldades de mobilidade e comunicação e possibilitar uma plena inclusão social. Já no artigo do 61 do decreto 5.296/2004 Ajudas Técnicas é definido como instrumentos, equipamentos ou tecnologias que são criadas ou adaptadas especialmente tendo como objetivo melhorar a funcionalidade da pessoa portadora de deficiência ou mobilidade reduzida. (RIGOLON; ALMEIDA, 2016).

4.3 Tecnologias assistivas de mobilidade para deficientes visuais

Inicialmente, faz-se necessário traçar um paralelo sobre a acessibilidade no Brasil e no Mundo, tendo como marco o ano internacional dos portadores de deficiência, conforme mencionado abaixo:

A difusão do conceito de acessibilidade iniciou-se em 1981, ano declarado pela Organização das Nações Unidas (ONU) como “Ano Internacional dos Portadores de Deficiência”. Já no Brasil, o direito das pessoas com deficiência. O Ministério da Educação (MEC), por meio da Secretaria de Educação Especial (SEE), implementa o Programa Educação Inclusiva: Direito à Diversidade, que tem por objetivo compartilhar novos conceitos, informações e metodologias – no âmbito da gestão e também da relação pedagógica em todos os estados brasileiros, terem as mesmas oportunidades que os demais cidadãos possuem e de desfrutarem as condições de vida resultantes do desenvolvimento econômico e social foi proporcionado pela Constituição Federal (CF) de 1988, a qual prevê o pleno desenvolvimento dos cidadãos, sem preconceito de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação; garante o direito à escola para todos; e coloca como princípio para a Educação o “acesso

aos níveis mais elevados do ensino, da pesquisa e da criação artística, segundo a capacidade de cada um” (BRASIL, 1999).

Em face do exposto acima, a tecnologia assistiva é compreendida como um auxílio que permite a melhora de uma habilidade funcional que, permanentemente ou temporariamente, se encontra deficitária, ou que permite a realização de uma função que era antes incapacitada por alguma deficiência, doença ou até mesmo o envelhecimento. Em consonância com o ideário de Bersch (2013, p. 18):

o maior objetivo da tecnologia assistiva é garantir à pessoa com deficiência “maior independência, qualidade de vida e inclusão social, através de sua comunicação, mobilidade, controle de seu ambiente, habilidades de seu aprendizado e trabalho”.

Bersch (2013) classifica as seguintes categorias como recursos informacionais, acessíveis, de ambiência, arquitetônicos, de ampliação visual, tecnológicos que ajudam aos deficientes visuais, são eles:

- a) auxílios para a vida diária e vida prática;
- b) CAA (comunicação aumentativa e alternativa);
- c) recursos de acessibilidade ao computador;
- d) sistemas de controle de ambiente;
- e) projetos arquitetônicos para acessibilidade;
- f) auxílios para qualificação da habilidade visual e recursos que ampliam a informação a pessoas com baixa visão ou cegas;

Conforme Borges (1996) o deficiente visual tem muitos obstáculos diante da realidade circundante:

“uma pessoa cega pode ter algumas limitações, as quais poderão trazer obstáculos ao seu aproveitamento produtivo na sociedade”. Ele aponta que grande parte destas limitações pode ser eliminada através de duas ações: uma educação adaptada a realidade destes sujeitos e o uso da tecnologia para diminuir as barreiras.

É estritamente necessário que se aborde o conceito de visão em um contexto de acessibilidade para os deficientes visuais:

A visão é dada por um sistema sensorial que se inicia pelos olhos, então o nervo óptico que liga os olhos ao cérebro envia as informações obtidas pelos olhos, por fim o cérebro processa as informações transformando-as em imagens. O olho, assim como um sensor, transforma uma grandeza física, neste caso a luz, em uma grandeza elétrica, então o cérebro processa esse sinal transformando-o em imagem, pode-se dizer que o cérebro então funciona como o micro controlador que ao receber um sinal do sensor é capaz de processá-lo tornando-o em uma informação útil.

4.4 Deficiências visual

Por conseguinte, das diversas deficiências existentes, uma das que mais chamam a atenção é a deficiência visual, em se tratando da conceituação referente a ela e das reflexões que possam ser realizadas, objetivando o investimento para esse segmento no ambiente hospitalar que ainda não é vislumbrado no Brasil em toda a Rede de Saúde Pública. Segue abaixo, a definição de Reinaldi, Camargo Júnior e Calazans (2001, p. 37) acerca do assunto:

A deficiência visual é uma dessas necessidades especiais. Essa deficiência se refere a situação irreversível de diminuição de resposta visual em virtude de causas congêni-

tas ou hereditárias e pode ser classificada como leve, moderada, severa e profunda (cegueira).

No Brasil, segundo Dias (2007), devido a inexistência de dados confiáveis, é utilizada a estimativa de 1% da população. Isso corresponde a 1.693.000 pessoas com deficiência visual, considerando-se a população aferida no Censo 2000 (IBGE, 2001). É cabível que a sociedade civil organizada possa auferir as variáveis que norteiam os dados revelados acima e solidificado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística a respeito dessa temática.

Os dispositivos legais, dentre eles: o Decreto no 3.298/99 e o Decreto no 5.296/04 conceituam como deficiência visual:

- a) cegueira – a visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção ótica.
- b) baixa visão – acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção ótica.
- c) casos em que a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°.
- d) ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores (PEREIRA, 2009).

O Decreto no 5.296/04 foi o responsável pela inclusão das pessoas com baixa visão nesse item. Um dos dispositivos que ratificam a importância da inclusão dos deficientes visuais com pouca acuidade:

Essas pessoas são identificadas pelo fato de, mesmo usando óculos comuns, lentes de contato ou implantes de lentes intraoculares, não conseguirem ter uma visão nítida, podendo ter sensibilidade ao contraste, percepção das cores e intolerância a luminosidade, conforme o tipo de patologia causadora da perda visual. (PEREIRA, 2009).

Desde os idos da década de 60, pode-se considerar que as preocupações continuam no que se refere a inclusão social, que se iniciaram com o intenso movimento mundial de defesa dos direitos das minorias, na referida década, associado as críticas contundentes ao paradigma da institucionalização de pessoas com doença mental e de pessoas com deficiência. Esse movimento determinou novos rumos nas relações da sociedade com esses segmentos populacionais. Desse modo, iniciaram-se os serviços de reabilitação profissional, voltados para as pessoas com deficiência, visando prepará-las para a integração ou reintegração na vida em comunidade. (ARANHA, 2004, p. 25).

Vislumbra-se neste estudo acadêmico que a inclusão social de pessoas com deficiência é o resultado de inúmeros estudos e discussões que contaram com a participação de organizações, educadores, pessoas com necessidades especiais e seus familiares, não só aqui no Brasil, mas em todo o mundo. Segundo o Programa Educação Inclusiva: Direito a Diversidade (2004, p. 14), “a Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) produziu vários documentos norteadores para o desenvolvimento de políticas públicas de seus países membros”.

5 METODOLOGIA

Havendo um reforço por meio das leituras dos autores consolidados neste estudo de caso, delineando-o para a melhor compreensão dos fenômenos individuais e das variáveis percorridas em todo o percurso teórico-metodológico, tornando os processos organizacionais positivos de uma leitura científica aplicável no dia-a-dia.

Por conseguinte, tornar o mundo do portador de deficiência muito mais acessível às diversidades diárias que ocorrem no dia-a-dia, possibilitando assim, que um indivíduo com baixa visão ou cegueira total, tenha uma vida mais aproximada possível como as demais pessoas, que não possuem a deficiência em questão.

Conforme Yin (2001) o estudo bibliográfico é uma estratégia de pesquisa que compreende um método que abrange tudo em abordagens específicas de fontes bibliográficas pesquisadas, para que os resultados e discussões estejam imbuídos de uma proposta científica aplicável ao ambiente hospitalar.

Devemos ressaltar ainda que, este estudo acadêmico foi um acréscimo de qualidade deste trabalho, que além de buscar solução tecnológica, está expondo suas características, tornando-o mais acessível e socializando todo o conhecimento a comunidade científica.

6 RESULTADOS

Após o término deste estudo bibliográfico, realizado no decorrer do desenvolvimento desta pesquisa científica, foi possível notar a relevância do assunto estudo que se refere a uma proposta de investimento em tecnologia no ambiente hospitalar que possibilite a acessibilidade aos deficientes visuais, seja através das facilidades que a tecnologia proporciona no uso destes equipamentos aos usuários, seja na acessibilidade que ela permite que o DV tenha no ambiente educativo, hospitalar, no entretenimento, nas relações pessoais, na atualização das informações nacionais e mundiais através da Internet ou até mesmo, no auxílio de tarefas simples até as mais complexas.

Segundo Ventavoli, (2012, p. 40 a 46) explica e expõem algumas das tecnologias voltadas para os DV.

Impressoras braile - Imprimem, em papel, informações codificadas em texto para o sistema braile (ex. textos, partituras, equações matemáticas, gráficos, etc.). Existem impressoras braile, que utilizam um sistema denominado interpontos, viabilizando a impressão nos dois lados do papel.

Recursos - Podem variar de uma simples bengala a um complexo sistema computadorizado. Estão incluídos brinquedos e roupas Acessibilidade adaptadas, computadores, softwares e hardwares especiais, que contemplam questões de acessibilidade, dispositivos para adequação da postura sentada, recursos para mobilidade manual e elétrica, equipamentos de comunicação alternativa, chaves e acionadores especiais, aparelhos de escuta assistida, auxílios visuais, materiais protéticos e milhares de outros itens confeccionados ou disponíveis comercialmente;

Serviços - São aqueles prestados profissionalmente à pessoa com deficiência visando selecionar, obter ou usar um instrumento de tecnologia assistiva. Como exemplo, podemos citar avaliações, experimentação e treinamento de novos equipamentos. Os serviços de tecnologia assistiva são normalmente transdisciplinares envolvendo profissionais de diversas áreas, tais como: fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, educação, psicologia, enfermagem, medicina, engenharia, arquitetura, design e técnicos de muitas outras especialidades.

Portanto há uma necessidade de implantar impressoras em braile para expor panfletos e infor-

mativos impressos em braile para que assim o portador de deficiência visual possa se encontrar dentro do ambiente hospitalar.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Infere-se que a deficiência que mais aflige a população é a deficiência visual. No Brasil, aproximadamente um quarto da população apresenta algum tipo de deficiência, e cerca de 80% dessas pessoas são portadores de deficiência visual e para garantir à pessoa de deficiência visual melhor mobilidade e orientação, é necessário que ele seja capaz de compreender o espaço ao seu redor da melhor maneira possível.

Diante do exposto, a possibilidade e habilidade de se mover livremente possui grande impacto na vida das pessoas, tecnologias estão sendo constantemente criadas para facilitar a vivência dessas pessoas que apresentam algum tipo de deficiência.

Oportunizou-se com este estudo acadêmico que as pessoas com deficiências, sejam capazes de se movimentar e se orientar no espaço de maneira mais eficiente, apresentando comportamentos de alta autoestima e se tornam mais dispostos a realizar mais atividades e serem autônomos.

O presente trabalho permitiu uma sinalização de uma proposta que esteja completamente imbuída de uma melhor qualidade de vida aos deficientes visuais.

REFERÊNCIAS

BERSCH, Rita. **Introdução à Tecnologia Assistiva**. Porto Alegre: Tecnologia Assistiva, 2013. Disponível em: <http://www.assistiva.com.br/Introducao_Tecnologia_Assistiva.pdf>. acesso em: 13 de novembro de 2019.

GALVÃO FILHO, Teófilo Alves. **A Tecnologia Assistiva: de que se trata?** In: MACHADO, G. J. C.; SOBRAL, M. N. (Orgs.). *Conexões: educação, comunicação, inclusão e interculturalidade*. Porto Alegre: Redes Editora, p. 207-235, 2009.

GIL, Marta (org). **Deficiência Visual**. Ministério da Educação. Secretaria de Educação à Distância, nº 1/2000. Disponível em <<http://www.mec.gov.br/seed/tvescola/pdf/deficienciavisual.pdf>> acesso em: 13 de novembro de 2019.

IBGE (Brasil). **Censo Demográfico 2010: Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência**. Rio de Janeiro: Ibge, 2010. 215 p.

VERUSSA, Edna de Oliveira. **Tecnologia assistiva para o ensino de alunos com deficiência: um estudo com professores do ensino fundamental**. 2009. 80 f. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Filosofia e Ciências de Marília, 2009. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/90844>> acesso em: 13 de novembro de 2019.

Ventavoli, Fabíola Magda Andrade. **A informática como ferramenta e proposta educativa aos indivíduos portadores de Deficiência Visual**. Livro eletrônico (e-book) Mococa: 2012. Disponível em: <<http://livros01.livrosgratis.com.br/ea001023.pdf>> acesso em: 13 de novembro de 2019.

A SEGURANÇA DO PACIENTE ATRAVÉS DE UM SISTEMA ELETRÔNICO EM ENFERMARIAS¹

Anazilda da S. Brandão²

Lilia B. Correia³

Josenilson N. Ferreira⁴

RESUMO

Atualmente as tecnologias surgem como forte ferramenta de trabalho, como equipamento, são capazes de auxiliar no diagnóstico e tratamento de inúmeras doenças, atuando na melhoria dos processos internos e externos de trabalho dos profissionais, que podem organizar suas atividades, ao lidar direta ou indiretamente com os pacientes. O presente estudo tem por objetivo principal, correlacionar a importância da tecnologia na prevenção das lesões por pressão em pacientes com mobilidade reduzida total ou parcial, através de um sistema de alarme programado, para garantir a segurança do paciente.

Palavras-Chave: Segurança do Paciente; Lesão Por Pressão; Tecnologias; Sistema Eletrônico; Saúde.

INTRODUÇÃO

A busca desenfreada da ciência para combater as enfermidades, ainda é um grande desafio, pois diversos fatores propiciam o surgimento das doenças. A Organização Mundial de Saúde (OMS), define saúde como bem-estar biopsicossocial, e não apenas ausência de uma enfermidade física, mas saúde mental e social. (SEGRE, 1997). Para tanto, as inovações tecno-científicas, tem sido de extrema importância no combate as patologias, pois, visam promover, tratar, curar bem como reabilitar pessoas, desenvolvendo autonomia nas mesmas em seu processo de autocuidado. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009)

As tecnologias surgem como forte ferramenta de trabalho, como equipamento, são capazes de auxiliar no diagnóstico e tratamento de inúmeras doenças, atuando na melhoria dos processos internos e externos de trabalho dos profissionais, que podem organizar suas atividades, ao lidar direta ou indiretamente com os pacientes. (PINOCHET, et. al 2014) A Lei (8080/90), conhecida como lei Orgânica da Saúde, possui como campo de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico, permitindo aos usuários do Sistema Único de Saúde, um atendimento humanizado. Com o advento da tecnologia, houve uma redução do número de lesões por pressão, em pacientes acamados, com incapacidade total ou parcial de limitações, o uso de sistemas, sensores, dispositivos possibilitaram melhor qualidade de vida a esses pacientes e seus familiares. (PACHÁ, et. al 2018)

A segurança do paciente, é assunto discutido ininterruptamente nas Organizações de Saúde, pois isso reflete tanto na qualidade, quanto na gestão dos serviços oferecidos, isso permite qualidade

1 Trabalho apresentado para o III Congresso de Gestão Hospital da Faculdade Laboro em 2019.

2 Aluno do Curso de Gestão Hospitalar da Faculdade Laboro, e-mail: ana.zilda.brandao@hotmail.com

3 Aluno do Curso de Gestão Hospitalar da Faculdade Laboro, e-mail: lilianraphaellycorreia@gmail.com

4 Orientador (a) do Trabalho. Professor (a) da Faculdade Laboro. e-mail: nilson.neves.10@hotmail.com

de vida a esses pacientes, promove segurança, conforto e redução do tempo de internação, dentre outras implicações. Nos cuidados em saúde, garantir a qualidade implica em processos que garantem que o atendimento clínico atenda aos critérios ou padrões estabelecidos. Alguns dos princípios básicos da qualidade são a prevenção e melhoria contínua. (CALDANA, et. al 2015)

Nesse contexto, são observáveis as lesões por pressão, que constituem um dos principais eventos adversos encontrados em serviços e instituições de atenção à saúde. Para os pacientes, trazem dor e sofrimento, podem contribuir, em associação com outras causas, para a morte. As causas da LLP`s costumam ser multifatoriais, necessitando, portanto, de condutas de prevenção multi-profissionais. (REBRAENSP, 2011)

Sendo assim, a comunicação entre a equipe interdisciplinar de saúde é determinante na qualidade e segurança da prestação de cuidados aos indivíduos. Falhas de comunicação tem sido um dos principais fatores que contribuem para a ocorrência de eventos adversos e, conseqüentemente, diminuição da qualidade dos cuidados (ARAUJO et al., 2017).

A avaliação do risco de desenvolver UP deve ser efetuada no dia da admissão, possibilitando assim a comparabilidade e a contínua atenção por parte dos profissionais acerca da evolução observada e da necessidade de manter o plano de cuidados elaborado para o paciente, ou de o alterar consoante a sua evolução, mantendo sempre uma comunicação para garantir que saúde do paciente seja preservada. A monitorização contínua da incidência e da prevalência das lesões por pressão é fundamental, pois é preciso testar se as ferramentas reduzem a ocorrência de eventos adversos, e não assumir que uma ferramenta validada será benéfica para os pacientes.

Apesar das evidências de que preveem o risco, não há evidência de que as ferramentas de avaliação do risco reduzam a incidência de lesões por pressão. (SOUSA, 2014)

Uma comunicação efetiva, que seja oportuna, precisa, completa, sem ambigüidade e compreendida pelo receptor, reduz a ocorrência de erros e resulta na melhoria de segurança do paciente, ainda mais os que se encontram em situações mais graves, como os que possuem UP. A comunicação pode ser eletrônica, verbal ou escrita. O momento da comunicação mais suscetível a erros consiste na informação de resultados de exames críticos, como telefonema do laboratório a unidade de cuidados para relatar os resultados de um teste de urgência (GOMES, et al.2010).

A crescente incorporação de tecnologias em instituições e serviços se dá em decorrência da inevitabilidade de buscar a qualidade em saúde, uma vez que esta dimensão tem sido elencada como mecanismo de promoção da sustentabilidade no uso de recursos e da cultura de cuidado seguro porque, o risco atrelado ao ambiente assistencial é inegável, fundamentado pelos numerosos estudos. Nesses termos, a segurança do paciente – enquanto dimensão da qualidade – é compreendida como a redução máxima de riscos associados ao cuidado, com o uso racional de estratégias planejadas para tal fim. (FERREIRA, 2019)

Objetivo Geral

Correlacionar a importância da tecnologia na prevenção das lesões por pressão em pacientes com mobilidade reduzida total ou parcial, através de um sistema de alarme programado.

Objetivos específicos

- Enfatizar as novas medidas de prevenção de incidentes relacionados à assistência à saúde, especialmente das lesões por pressão.

- Descrever a importância da criação/utilizados de um sistema eletrônico de alarme que seja capaz de auxiliar a equipe de enfermagem nos cuidados ao paciente acamado.
- Ressaltar a eficácia advinda do uso de novas tecnologias na comunicação da equipe de saúde entre si.

Justificativa

A importância da comunicação e do trabalho da equipe interdisciplinar de saúde é visto como determinante da qualidade e da segurança na prestação de cuidados aos indivíduos (SANTOS et al, 2010).

Perante os fatores supracitados na introdução, é evidente a necessidade de uma melhor comunicação entre os profissionais de saúde nas enfermarias, pois a mesma é responsável por facilitar o atendimento ao paciente, o qual necessita que sua saúde seja preservada. A comunicação feita através do sistema eletrônico pode salvar a vida de um paciente, pois a velocidade das informações é bem maior.

O interesse por essa temática surgiu a partir de reflexões sobre a necessidade antiga e atual de promover maiores e mais rápidas interações dos profissionais de saúde para que a gestão das instituições possa contribuir de forma significativa para com a saúde de cada paciente. As instituições que trabalham com o sistema eletrônico possuem maior qualidade e mais rapidez nos atendimentos aos usuários do serviço, em se tratando de pessoas com lesões por pressão, seu tratamento necessita de mais rapidez, afinal, quanto maior o tempo de internação, maior o risco de infecção.

Pensando nisso, o presente estudo tem por objetivo, ressaltar a importância da tecnologia na prevenção das lesões por pressão em pacientes com mobilidade reduzida total ou parcial, através de um sistema de alarme programado, descrever a importância da criação de sistema de alerta capaz, de auxiliar a equipe de enfermagem nos cuidados ao paciente acamado.

DISCUSSÃO E RESULTADOS DO TRABALHO

Após a análise de conteúdo, os resultados foram divididos nas seguintes categorias temáticas: Importância da criação/utilizados de um sistema eletrônico de alarme que seja capaz de auxiliar a equipe de enfermagem nos cuidados ao paciente acamado; Medidas gerais de prevenção de incidentes relacionados à assistência à saúde, especialmente das lesões por pressão; Eficácia advindas do uso de novas tecnologias na comunicação da equipe de saúde entre si.

Importância da criação/utilizados de um sistema eletrônico de alarme que seja capaz de auxiliar a equipe de enfermagem nos cuidados ao paciente acamado.

A comunicação é a troca de informação envolvendo emissor e receptor, que decodifica uma determinada mensagem. Vários fatores podem influenciar na comunicação em instituições de saúde: complexidade do cuidado, diversidade na formação profissional, efeito da hierarquia, número inadequado de profissionais, limitações inerentes ao desempenho humano como fadiga, estresse, distrações e capacidade limitada de realizar tarefas múltiplas. Vale ressaltar que erros não devem ser associados à falta de treinamento técnico e falhas pessoais discutidos pontualmente.

Mesmo profissionais mais experientes cometem erros (FERREIRA, 2019)

Alguns serviços de alta confiabilidade, como a aviação, mostraram que a adoção de ferramentas e comportamentos padronizados na busca da comunicação efetiva são estratégias muito eficazes para melhorar o trabalho em equipe e reduzir o risco. Diante disso, percebe-se que é possível adotar comportamentos e habilidades necessárias para implementar a comunicação e a mudança na cultura organizacional em segurança do paciente nas Unidades de Saúde.

Segundo O Ministério da Saúde, somente em 2011, com a criação da Lei nº12,401, a Avaliação da Tecnologia em Saúde foi institucionalizada como critério indispensável para a tomada de decisão sobre a incorporação de tecnologias em saúde no SUS.

Embora as organizações, tenham evidenciado a importância de se criar estratégias para a prevenção desse agravado, ainda sim, são insuficientes, pois ainda prevalecem altos índices de pacientes acometidos por este agravado.

Para garantir a segurança do paciente a ANVISA, determina que todos os estabelecimentos de saúde são obrigados a criarem o Núcleo de Segurança do Paciente através da RDC Nº 36, de 25 de julho de 2013, que define Diretrizes através do seguinte artigo:

“Art. 4º A direção do serviço de saúde deve constituir o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e nomear a sua composição, conferindo aos membros autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde.”

Para tanto, O sistema Único de Saúde, fortalece essa ideia através de incorporações tecnológicas, objetivando redução desses agravados ao paciente, é obrigatório a implantação deste núcleo, já que as Lesões Por Pressão, considera-se um grande problema para a organização, porque elevam-se os custos da unidade, impacta diretamente na qualidade de vida, além de promover desconforto tanto ao paciente quanto aos familiares

As tecnologias devem fazer parte de todos os níveis de assistência, cujo o objetivo é promover a saúde dos envolvidos, no que se refere a implantação da mesma, no combate as LPP's, ainda é incipiente, segundo pesquisas realizadas nesta área.

Medidas gerais de prevenção de incidentes relacionados à assistência à saúde, especialmente das lesões por pressão.

Este trabalho, tem como objetivo fortalecer a importância que as tecnologias têm, para as Organizações de saúde, principalmente para os profissionais envolvidos diretamente na assistência ao paciente, em especial a equipe de enfermagem, minimizando ou eliminando os riscos que os paciente com mobilidade reduzida têm de desenvolver uma Lesão Por Pressão (LPP), utilizando um sistema de alarme, que seja capaz de alertar a equipe envolvida que determinado paciente, precisa ser mudado de decúbito na hora programada, de acordo com o plano de cuidados, evitando que o profissional esqueça de fazer essa mudança, conforme foi determinado em seu plano de cuidado. A prevalência dessas lesões ainda é maior em pacientes idosos, devido ao seu envelhecimento e doenças como hipertensão e diabetes (FREITAS, et. al. 2011).

As Lesões Por Pressão, surgem porque o paciente impossibilitado de mover-se parcialmente ou totalmente, acaba dificultando o fluxo sanguíneo no local, provocando dor e vermelhidão e se não houver intervenção imediata, medidas de prevenção da equipe multidisciplinar, em traçar ações de cuidado, como mudança de decúbito por exemplo em horários alternados, este fator atrelado as condições clínicas do paciente, bem como a nutrição desencadeará uma LPP.

As Lesões Por Pressão, estão entre as principais causas de aumento no tempo de internação dos pacientes acamados com limitações totais ou parciais dos movimentos, pois as lesões causadas, são consideradas fontes de infecções, devido a lesão do tecido, as bactérias tendem a se alojar no local, causando grande infecção e se não houver intervenção imediata, se não for traçado um plano de cuidado, pode agravar e evoluir para necrose tecidual, dependendo do grau de lesão em alguns casos há necessidade de enxerto de pele, bem como o aumento de risco de morte desse paciente, isto ocorre porque uma vez que o paciente impossibilitado de mover-se, permanecendo muito tempo na mesma posição, somado a sua nutrição e condição clínica, este está suscetível a desenvolver uma LPP, decorrente uma baixa oxigenação na superfície da pele.

O local onde as lesões se desenvolvem causam vermelhidão e temperatura elevada no local, além de sensibilidade, ocorrem principalmente nas proeminências ósseas, região da parte final da coluna, início do cóccix, região do calcanhar fêmur, pernas, glúteos, costas dentre outras.

No Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde, a Lesão Por Pressão, constitui um grande problema de agravo ao paciente, pois podem aumentar o tempo de internação, risco de infecção bacteriana, e até mesmo risco de morte. Alertar para esta problemática, é de suma importância para os envolvidos, ou seja, a equipe multidisciplinar, principalmente a enfermagem pois é quem está mais próxima do paciente prestando devida assistência.

Visando obter indicadores positivos na assistência aos usuários, as organizações de saúde utilizam seus indicadores como método de análise. Para avaliação dos indicadores, utilizados para determinar a qualidade dos serviços prestados a Organização Mundial de Saúde baseia-se na incidência e prevalência das lesões por pressão (SOARES et al. 2011).

Eficácia advindas do uso de novas tecnologias na comunicação da equipe de saúde entre si.

Não é possível falar-se sobre qualidade em saúde sem se referir a qualidade da interação e da comunicação entre os profissionais que são responsáveis pelo cuidado, e por isso pela segurança, do doente. Dentre os principais objetivos das Organizações de saúde, está a promoção da segurança do paciente, dentre elas reduzir os danos causados ao mesmo, combater infecções hospitalares, quedas, reações adversas, erros de medicações, e Lesões Por Pressão, é um grande desafio para as instituições de saúde. Os cuidados em saúde atuais exigem que profissionais de saúde, diferenciados em mais de 50 especialidades, atuem conjuntamente em microssistemas ao nível de enfermarias, unidades ou departamentos. Face a esta complexidade organizacional é natural que o trabalho em equipa (TE) seja sistematicamente referido como um fator humano fundamental para a qualidade do cuidado prestado nas instituições de saúde. Contudo, o funcionamento em equipas de trabalho (ET) vem contrariar o modelo vigente, baseado na perícia e competência pessoal, autossuficiência e responsabilidade individual.

Face à necessidade de diminuir o erro humano este modelo tende a produzir soluções que se baseiam no esforço individual, contínuo e crescente de profissionais altamente treinados. Como é extensivamente demonstrado na literatura sobre ET e erro humano, esta não é uma estratégia eficaz. (SANTOS et. al. 2010)

Incorporar tecnologias, no cuidado ao paciente com mobilidade reduzida total ou parcialmente, constitui um grande desafio para os hospitais, pois públicos ou privados, convivem com o drama de usar bem o recurso disponível, implantar ações de cuidados aliadas as tecnologias é uma das metas para a prevenir as lesões por pressão, que tanto causam dor e sofrimento aos ao

paciente, quando associadas a outros fatores como idade, condição clínica e nutrição, contribuindo com morbimortalidade (REBRAENESP, 2013). A comunicação entre os membros da equipe é fundamental para fomentar a partilha de um mesmo modelo mental (i.e., ideias comuns relativamente a objetivos, modo de funcionamento, padrões temporais, papéis e funções individuais, valores relacionados com as atividades da equipe e visão sobre o contexto em que esta se insere). A integração neste modelo mental de uma atitude positiva em relação à cultura de segurança é fundamental para a redução do erro. Este modelo mental deve ser um dos temas que domina as primeiras interações logo no início da atividade da equipa e depois fomentado ao longo de toda a sua atividade. Os múltiplos instrumentos de avaliação de atitudes em relação ao TE e à prevenção do erro, que servirão para a identificação dos pontos que necessitam de ser mais trabalhados com os membros da equipe. (SANTOS et. al. 2010)

O monitoramento dos indicadores de processo e de resultado deve ser contínuo e de forma a avaliar as mudanças ocorridas em direção às melhorias no desempenho dos profissionais, em relação as práticas seguras e o impacto na redução da incidência da lesão por pressão.

METODOLOGIA

Realizou-se uma revisão bibliográfica integrativa, método que se configura como um tipo de revisão de literaturas, que denotam resultados de investigações de estudos anteriores e possui um modelo de sete etapas para sua elaboração: introdução, justificativa e hipótese; procedimentos de amostragem; medidas e operações; procedimentos gerais; análise dos dados e resultados; interpretações, limitações e implicações; e apresentação da revisão (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011).

A coleta de dados foi realizada no período de 10 a 30 de setembro do ano de 2019, nas bases de dados: SciELO (Scientific Electronic Library Online), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e outras bases, através da combinação dos seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Segurança do Paciente; Lesão Por Pressão; Tecnologias; Sistema Eletrônico; Saúde.

A seleção da amostra obedeceu aos seguintes critérios de inclusão: artigos completos disponíveis eletronicamente; redigidos em português; que focalizem o tema da pesquisa e respondam aos objetivos propostos. As publicações selecionadas foram lidas de forma integral, mantendo-se a autenticidade das ideias, conceito e definições dos autores para posterior discussão dos resultados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os artigos selecionados enfatizam a importância da implementação das tecnologias, garantindo um tratamento digno ao paciente, através de inovações tecnológicas, voltadas para a segurança e bem-estar do paciente, prevenindo as lesões por pressão, que estão entre as causas de complicações, infecções e aumento do tempo de internação do mesmo.

As Organizações de saúde, buscam incessantemente promover qualidade na prestação dos serviços, principalmente a segurança do paciente, por isso tem se implantado tecnologias, capazes de proporcionar qualidade e segurança desses serviços oferecidos. A implantação de novas tecnologias no combate a lesão por pressão possibilita, melhoria dos serviços, conforto e qualidade.

É evidente que há inúmeros obstáculos e contratempos que atrasam os avanços desse serviço, acarretando a gestão uma maior dificuldade em promover a segurança dos pacientes, por isso, é preciso inovar, implantar novas tecnologias, as quais os pacientes se sintam confortáveis e também seguros. Tais tecnologias precisam ser de fácil acesso, para tornarem o atendimento mais rápido e eficaz, promovendo melhor qualidade de vida aos pacientes e uma gestão eficiente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, M.A.N. et al. Segurança do paciente na visão de enfermeiros: uma questão multiprofissional. *Enferm. Foco*, v.8, n.1, p.52-56, 2017.

BOTELHO, Louise Lira Roedel; CUNHA, Cristiano Castro de Almeida; MACEDO, Marcelo. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e sociedade**, v. 5, n. 11, p. 121-136, 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). **Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar** – 3. ed. rev. e atual. – Rio de Janeiro : ANS, 2009.

CALDANA, Graziela, et. al Rede brasileira de enfermagem e segurança do paciente: desafios e perspectivas. Florianópolis: Texto Contexto Enferm. 2015.

FERREIRA AMD, Oliveira JLC, Camillo NRS, Reis GAX, Évora YDM, Matsuda LM. Percepções dos profissionais de enfermagem acerca do uso da informatização para segurança do paciente. *Rev Gaúcha Enferm.* 2019;40(esp):e20180140.

FREITAS, M.C.; MEDEIROS, A. B. F.; GUEDES, M. V. C.; ALMEIDA, P. C.; GALIZA, F.T.; NOGUEIRA, J. M. Lesão por pressão em idosos institucionalizados: análise da prevalência e fatores de risco. *Ver. Gaúcha Enferm.*(Online), Porto Alegre, v,32, n.1, p 143-150, 2011.

PACHÁ, Heloisa, et. al. Lesão por Pressão em Unidade de Terapia Intensiva: estudo de caso controle. Brasília: *Rev. Bras. Enferm.* vol.71, no.6, Nov./Dez. 2018

PINOCHET, Luis; LOPES, Aline; SILVA, Jheniffer. Inovações e tendências aplicadas nas tecnologias de informação e comunicação na gestão da saúde. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde - RGSS* Vol. 3, N. 2. Julho/Dezembro. 2014

REBRAENSP. Rede Brasileira de enfermagem e Segurança de Paciente. Estratégia para segurança do paciente: manual para profissional de saúde. Rede Brasileira de enfermagem e segurança do paciente. Porto Alegre: EDIPURCS, 2011.

SANTOS M.C., GRILO A., ANDRADE G., GUIMARÃES T., GOMES A. Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. *Rev. Port. Saúde Pública.* 2010.

SEGRE, Marco, O conceito de saúde. São Paulo: *Rev. Saúde Pública*, 31 (5): 538-42, 1997.

SOUSA, Paulo (Org.) Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. / organizado por Paulo Sousa e Walter mendes. – Rio de Janeiro, EaD/ENSP, 2014.

APLICAÇÃO DO PROTOCOLO COMO CONTRIBUIÇÃO PARA SEGURANÇA DO PACIENTE NA SAÚDE BÁSICA

Andressa D. Marinho¹

Deyliana de J. S. da Paz²

Ilka Belfort³

RESUMO

Este trabalho tem como finalidade aplicação dos protocolos para segurança do paciente na atenção básica e suas contribuições. Com objetivo de apresentar sobre a contribuição e importância do protocolo para a segurança do paciente na construção do cuidado seguro, servindo para as iatrogenias causadas pelos profissionais da saúde, na melhoria da qualidade e do bem-estar desses pacientes. Abordando a redução de possíveis incidentes que atingem o paciente e identificar complicações antecipada e aplicar as condutas essenciais para reduzir os danos. Concluiu-se que, é de suma importância utilização do protocolo para melhor atender o paciente, e a importância do profissional da saúde e a equipe para a segurança deste cliente.

Palavras-Chave: Protocolo; Segurança Do Paciente; Profissional Da Saúde; Atenção Básica; Iatrogenias.

INTRODUÇÃO

Surgiu na década de 90 às preocupações ligadas à segurança do pacientes, isto devido a uma importante publicação americana do instituto de medicina (IOM): *To err is human: building a safer health system*, e que no caso as mortes era maiores de idade parte evitáveis.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece segurança do paciente como diminuição do risco de prejuízo dispensável a um mínimo admissível, afamado componente constante e intimamente relacionado com o atendimento ao paciente.

Apesar dos avanços na área da saúde a segurança do paciente ainda é influenciada pelas iatrogenias causadas pelos profissionais da saúde. O que contribuem significativamente na qualidade de vida dos pacientes, gerando resultados desagradáveis para os clientes, os profissionais e a organização hospitalar.

Os profissionais de enfermagem são responsáveis por grande parte das ações assistenciais e, portanto, Responsáveis para minimizar possíveis de incidentes que atingem o paciente, além de identificar complicações antecipadamente e produzir as condutas essenciais para reduzir os danos.

Neste sentido o programa nacional de segurança pública do paciente (PNSP), foi incorporado pelo Ministério da Saúde (MS), no intuito de efetivar medidas assistências, educativas e programáticas e iniciativas, que foquem na segurança do paciente em diversas áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde.

Sabe que os profissionais da área da saúde são assisados pelo planejamento e intervenção, isto

1 Aluno do Curso de Gestão Hospitalar da Faculdade Laboro, e-mail: marinhoandressa495@gmail.com

2 Aluno do Curso de Gestão Hospitalar da Faculdade Laboro, e-mail: deyliana86@gmail.com

3 Orientador (a) do Trabalho. Professor (a) da Faculdade Laboro. e-mail: ilkabelfort@gmail.com

é, com propósito de assegurar um ambiente seguro, neste caso é importante pesquisa nesta área para a devida segurança do paciente. Assim sendo, esta pesquisa teve como objetivo apresentar sobre a contribuição e importância do protocolo para a segurança do paciente na construção do cuidado seguro.

Objetivo Geral

Apresentar sobre a contribuição e importância do protocolo para a segurança do paciente na construção do cuidado seguro.

Objetivos específicos

- Descrever a importância do protocolo para os pacientes da saúde básica
- Discorrer sobre o papel do profissional de enfermagem para a qualidade do atendimento ao paciente
- Identificar as formas para melhoria no PNSP

Justificativa

Sabe-se que a falta de atenção básica aos pacientes tem interferido na qualidade de vida e bem-estar do paciente. Com isso têm sido incontroláveis os acidentes e danos à saúde do cliente no ambiente hospitalar, onde imaginasse que pequenos erros de um enfermeiro e da instituição não causariam nenhum dano ao paciente e a família.

Neste sentido é importante conhecer o que fato leva aos danos na situação geral da equipe e enfermagem, e definir propostas do comprometimento da utilização dos protocolos. Portanto, busca-se que futuramente, seja possível reduzir e melhorar a assistência segura deste paciente.

Diante desta situação e as questões apontadas, buscar relacionar os protocolos a segurança do paciente, pois é um dos seis atributos da qualidade do cuidado e tem adquirido grande importância para os pacientes, famílias, gestores e profissionais de saúde com a finalidade de oferecer uma assistência segura. Visando a validade deste trabalho, podendo propor melhoria e ser repensado uma melhor forma de minimizar os efeitos do não uso dos protocolos e contribuindo para futuras pesquisas no mesmo ramo.

METODOLOGIA

Este trabalho realizará uma revisão bibliográfica qualitativa, que será abordado de forma sucinta e com ajuda das publicações em livros, artigos e trabalhos acadêmicos, voltadas à melhoria da atenção básica aos pacientes, e mostra possíveis soluções para minimização das consequências. Esse tipo de revisão contém etapas como elaboração da pergunta norteadora; busca de literatura; análises; discussão dos resultados; e apresentação da revisão integrativa. Para guiar este estudo, elaborou-se a seguinte questão: De qual forma a aplicação do protocolo pode contribuir para segurança do paciente na atenção básica.

Foram selecionadas bases eletrônicas de dados (sites de busca), como Google acadêmico, Scientific Electronic Library Online (SCIELO), e com alguns resumos que são disponibilizados em bancos de dados e texto que puderam ser disponíveis na internet e/ou fonte original.

Assim, os descritores para a busca da literatura: atenção básica; protocolos da enfermagem;

importância do profissional de enfermagem para atenção básica. Onde totalizaram 36 trabalhos servidos de suporte para a realização deste trabalho e publicados em até 10 anos disponíveis nos idiomas português, inglês e espanhol. A partir da análise dos dados, identificaram-se três categorias: a assistência de enfermagem nas instituições de saúde brasileiras, os protocolos e a assistência de enfermagem na segurança paciente e a segurança do paciente e os eventos adversos e incidentes.

Comprometimento em cita todo e qualquer texto que não fosse de autoria própria, assim respeitando as normas da ABNT, e os dados buscados foram exclusivamente para finalidade científica acadêmica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A SEGURANÇA DO PACIENTE, QUALIDADE E CUIDADO: CONCEITOS, HISTÓRICO E ESTRATÉGIAS

Para prevenir e ou até melhorar resultados contrários ou lesões, que são de origem da atenção básica de atendimento, a segurança do paciente vai evitar quaisquer transtornos no atendimento médico hospitalar (CAPUCHO, 2013). De acordo com Freitas et al (2014) é de grande importância a segurança para uma boa qualidade de atendimento, e é estabelecida como direito das pessoas de não adquirir um danos desnecessário ligado com o cuidado de saúde na redução mínima aceitável.

Os hospitais defendem e reivindicam condições adequadas, e tudo o mais que concerne às estratégias de prevenção de erros humanos no ambiente hospitalar, pois é grande a preocupação com a segurança nos serviços de saúde (CARVALHO, 2009).

Ações em prol da segurança do paciente tiveram um marco muito importante na última década do século XX (NUNES, 2014). Em 2014 a OMS lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, no intuito do compromisso em desenvolver políticas e práticas que fossem exclusivas pra a segurança do paciente (CAPUCHO, 2013).

Em 2005, foi criado pelas OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde), a rede internacional de enfermagem e segurança do paciente, onde buscou traçar tendências e prioridades no desenvolvimento da enfermagem na área da Segurança do Paciente, além do fortalecimento do cuidado de enfermagem (PEREIRA et al, 2014).

A Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP) emergiu em 2008, com proposito defenda de questionamentos no campo de segurança do paciente e à área de Enfermagem, a fim de possibilitar discussões e atualizações, estimular pesquisas e melhorar a visibilidade com a divulgação de novos métodos e experiências (BUENO; FASSARELLA, 2012).

Para obter uma melhoria na segurança do paciente é primordial a implantação de uma política institucional de cultura de segurança, sem esquecer que é necessário o levantamento da organização que dificultam a formação de uma cultura de segurança (CARVALHO; CASSIANI, 2006). O termo cultura surgiu desde o acidente nuclear em Chernobyl em 1986, desde então aconselha que as organizações reduzam os acidentes e incidentes de segurança através do desenvolvimento de uma “cultura de segurança positiva” (PAESE; DAL, 2013).

Para estabelecer uma cultura de segurança em uma organização de saúde, tem que se verificar a cultura já existente. Pois esta é definida através do resultado de um conjunto de atitudes e per-

cepções, individuais ou grupais, sobre as questões de segurança, esta deve estar sendo baseada no bem-esta do paciente (CARVALHO, 2012).

Reis et al.(2013) afirma que:

Os resultados de estudos de avaliação da cultura de segurança auxiliam no planejamento das instituições com o intuito de iniciar, manter ou adotar ações que levam a práticas seguras, melhorias na comunicação, trabalho em equipe e compartilhamento de conhecimentos.

ERROS, EVENTOS ADVERSOS, INCIDENTES E AÇÕES PARA A PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE.

Os profissionais de enfermagem vivenciam e percepção experiências diárias de situação de risco na pratica, assim gerenciam o cuidado e a segurança do paciente (MELLO, 2013). Assim para que tenha uma boa segurança é necessária uma melhor assistência, no entanto, não se impede que falhas e acidentes ocorram durante a assistência (FERNANDES et al, 2014).

Fernandes et al.(2014), coloca que:

Estudo reflexivo sobre as contribuições de James Reason para a segurança do paciente mostra que o erro é uma questão complexa, pois cada tipo de falha possui causas e explicações intrínsecas, onde as ações planejadas não acontecem como esperado ou o planejamento foi inadequado para atingir o objetivo pretendido.

Ainda sobre a teoria de James Reason dos fatores que levam a EA é conhecida como “queijo suíço”, onde faz a comparação os buracos do queijo ao sistema de saúde. Essas condições em hospitais pode ser relacionada a: ambiente de trabalho, à supervisão inadequada, falta de treinamento ou formação deficiente, estresse, sobrecarga de trabalho e outros (FERREIRA et al., 2014).

Para um profissional de enfermagem existem limitações para desenvolver essas estratégias para a segurança, pois, a profissão como barreira corporativa; a organização e infraestrutura da assistência hospitalar; variabilidade clínica, escassez de protocolos e ausência de liderança; recursos materiais escassos; inadequação de proporção de profissionais e falta de trabalho em equipe; pressão assistencial e tempo; falta de incentivos e motivação; ausência de indicadores confiáveis de segurança (OLIVEIRA et al., 2014).

Muitos são os estudos que espreita os efeitos adversos e incidentes (EA/I) que surgem na assistência de enfermagem, intencionais e, em sua maioria, evitáveis. E ocorrem no decorrer do cuidado à saúde que acabam que sendo danoso a saúde do paciente E essas ocorrências podem trazer impactos negativos para família e o paciente, que podem ser tanto temporários ou permanentes, físico, social ou psicológico, o que inclui doença, lesão, sofrimento, incapacidade ou morte. Causam grande impacto na saúde e nos gastos mundiais, relacionados às medicações, sondas, drenos e cateteres, quedas e úlceras por pressão (NUNES et al.,2014; WHO, 2009B).

Sabe que as condições em que o paciente se encontra favorecem as ocorrências de EA, e os pacientes em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) são particularmente os mais vulneráveis a essas complicações (SOUSA, 2013).

O sistema deve ser elaborado de forma segura, para que não ocorram erros ou incidentes. Caso ocorra um incidente é importante sabe que as causa dos erros e EA e multifatorial e o profissionais estão sujeitos a cometê-los. Todas as causas devem ser analisadas pelo serviço de gerenciamento de risco para o desenvolvimento de ações corretivas, visando a prevenção e a redução de EA (SOUSA et al., 2013).

Para Tase et al. (2013) diz que:

A Aliança Mundial para Segurança do Paciente criada pela OMS vem incentivando a adoção das Metas Internacionais de Segurança do Paciente como uma estratégia para orientar as boas práticas para a redução de riscos e eventos adversos em serviços de saúde, a socialização dos conhecimentos e das soluções encontradas, por meio de programas e iniciativas internacionais com recomendações destinadas a garantir a segurança dos pacientes ao redor do mundo.

A ausência de informações sobre os EAs impede o conhecimento, avaliação e a discussão sobre as consequências destes eventos para os profissionais, usuários e familiares. O que acaba impedindo a realização do planejamento e desenvolvimento de estratégias voltadas para as práticas seguras, reduzindo e melhorando assistência, colocando em risco a segurança do paciente (SILVA, 2010).

Assim os profissionais da saúde agir nas ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, assegurando a segurança do paciente, minimizando ou aniquilando o risco de danos desnecessários relacionados com a saúde a um mínimo aceitável, e assim evitando a ocorrência de eventos adversos no cuidado à saúde (LOPEZ; WEGNER 2013). Além de estabelecer comunicação entre todos envolvidos: a equipe, os pacientes e as instituições.

Os profissionais devem ser ajudados pelas organizações nas estruturas de forma segura no intuito de não errarem. Com isto, as causas após serem analisadas pelo gerenciamento de risco cabem desenvolver ações corretivas, visando à prevenção e à redução de eventos adversos (SILVA, 2010).

Os incidentes que não são relatados pelos profissionais são por conta sentimentos como vergonha, autopunição, medo da crítica de outras pessoas e do litígio (VICENTI, 2009). No entanto os profissionais devem estar ciente da importância para melhoria da segurança, que não tem objetivo de acusar ou punir ninguém. É necessário trocar a cultura punitiva por uma cultura de monitorização contínua dos riscos reais e potenciais (LIMA; LEVENTHAL; FERNANDES, 2008).

Para Bezerra (2009), afirma que:

Face à omissão de erros e a consequente subnotificação dos eventos adversos, os gestores dos serviços de saúde têm encontrado dificuldades em ampliar o conhecimento a respeito da segurança do paciente, tornando difícil a implementação de melhorias e a prevenção de incidentes.

Portanto, os registros são necessários no processo de assistência à saúde, pois garante a comunicação efetiva entre a equipe de saúde, o que é legalmente aceito e seguro, fornecendo informações que auxilie mudanças na estrutura, nos processos e nos resultados da assistência (COREN-SP, 2009; MATSUDA, 2006).

Diante disto as ações para a prevenção de EAs, a maioria deve ser direcionada aos serviços, o que demonstra preocupação em melhorar as condições de trabalho e promover ambientes mais seguros (SOUSA 2013).

OS PROTOCOLOS E A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA SEGURANÇA DO PACIENTE

Para ter uma segurança segura o MS instituiu em 2013 portarias, que consolidassem essa assistência protocolos que ajustam ações de segurança ao paciente em serviços de saúde. Destaca se, entre eles protocolos de: prevenção de quedas; de identificação do paciente; de segurança na

prescrição e de uso e administração de medicamentos; de cirurgia segura, prática de higiene das mãos e úlcera por pressão (BRASIL 2013A; BRASIL 2013B).

Com os protocolos de assistência, a enfermagem tem conduzido o trabalho e apontado os cuidados executados na resolução ou prevenção de um problema (HONÓRIO; CAETANO, 2009; SOUSA, 2013). A pesquisa de Honório e Caetano (2009) “comprova que a utilização de protocolos proporciona prática mais qualificada e assistência mais eficaz e humanizada ao paciente”.

O enfermeiro, como líder de unidades de internação, é responsável por encorajar a participação de todos na adoção de checklist com o intuito de beneficiar profissionais e pacientes do centro cirúrgico (PANCIERI 2013).

Mediante as dificuldades e impossibilidades encontradas, buscam-se estratégias para transformar essa realidade e elevar os índices de segurança do paciente, como fornecer condições adequadas aos funcionários que prestam o cuidado diário aos pacientes (SILVA, 2013). Assim há uma distribuição e divisão de protocolos para aplicação na unidade de saúde de acordo com Werneck et al. (2009):

PROTOSCOLOS DE CUIDADO À SAÚDE: PROTOSCOLOS CLÍNICOS: são instrumentos direcionadores da atenção, voltados para a clínica e ações preventivas, promocionais e educativas. Referem-se ao enfrentamento de determinados problemas de saúde, por meio do emprego de conhecimentos e tecnologias eficientes e eficazes, respaldados nas evidências científicas. A abordagem dos protocolos clínicos suscita algumas questões.

Ainda sobre os protocolos de acordo com Werneck et al. (2009):

PROTOSCOLOS DE CUIDADO À SAÚDE: PROTOSCOLOS DE ORGANIZAÇÃO E SERVIÇOS: são instrumentos a serviço da gestão, abrangendo a organização do trabalho em uma unidade e no território, os fluxos administrativos contidos na proposta dos serviços em rede, os processos de avaliação e a constituição do sistema de informação, estabelecendo as interfaces entre as diversas unidades, entre os níveis de atenção e com outras instituições sociais. São referências para a organização das diversas ações da(s) equipe(s) em uma unidade de saúde. Exigem que a equipe realize a discussão sobre a forma como trabalha. Exigem que ela se organize para diagnosticar situações e problemas, planejar, decidir pela implementação das ações e por sua avaliação. E, também, que sejam feitas as pactuações necessárias e as divisões de tarefas e responsabilidade e estabelecido um processo de avaliação constante do comportamento das pessoas, tanto na condição de profissionais quanto na de membros da equipe.

Para Werneck et al. (2009) ainda:

PROTOSCOLOS, GESTÃO DO SERVIÇO E PROCESSO DE TRABALHO: os protocolos são importantes e pode ajudar, e muito, no cuidado e na gestão dos serviços de saúde. Pode, ainda, por seu caráter científico, significar a garantia permanente de avanços, imprimindo melhor qualidade às ações de cuidado e de gestão. Ou mesmo permitir a redução de gastos desnecessários. Os protocolos são instrumentos empregados pelos serviços diante de problemas a serem superados ou diante da necessidade de se organizar melhor as ações. E os serviços devem seguir diretrizes – em geral são as diretrizes do SUS – que melhor se adequem às necessidades identificadas nos territórios sob sua responsabilidade. Portanto, são diretrizes políticas. Então, os protocolos são instrumentos que não são neutros: ao seguirem as diretrizes, eles seguem a política de saúde que as ditam.

As medidas relacionadas para segurança do paciente reduz as doenças e danos à saúde do pa-

ciente. Colabora assim com tratamento, tempo de hospitalização, favorece o status funcional do paciente e ajuda na sua sensação de bem estar, diminuindo práticas diárias ineficientes na solução de problemas (OMS, 2002; RADUENZ, 2010).

AS CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM PARA A PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) a segurança do paciente aniquila as possibilidades de danos associado aos cuidados em saúde, objetivando criar instrumentos para manejo do ato inseguro (NASCIMENTO, 2010). Manter a segurança do paciente é um desafio para qualidade no serviço de saúde, por este motivo as condições de trabalhos favorecem ao comprometimento da qualidade e cuidado (GONÇALVES et al., 2012).

Neste sentido o enfermeiro, deve encarrega-se pelo planejamento das ações da enfermagem, no processo geral que condiz o atendimento ao paciente garantindo sua segurança (DIAS et al., 2014). E para Lima et al. (2014) afirma que:

A enfermagem está diretamente relacionada à realização de eventos que estão associados à ocorrência de erros na prática em saúde. Portanto, a prática da enfermagem deve estar centrada no cuidado, com respaldo do conhecimento, no diálogo e no estabelecimento de relações interpessoais satisfatórias, e embasada em atitudes e habilidades na promoção de um ambiente seguro. A qualidade associada à segurança passa a ser estratégia essencial para a excelência do cuidado a ser prestado.

Assim, com boa qualidade de condições de trabalho para equipe de enfermagem, contribui significativamente com a segurança do paciente. E as falhas cometidas podem surgir por conta de negligência, falta de conhecimento, ou falta de habilidade para determinada função o que acaba expondo o paciente a riscos desnecessários (NUNES, 2015).

A quantidade de profissionais é indispensável para ter um cuidado eficaz, de acordo com as necessidades dos pacientes a quantidade de profissionais, pode favorecer não somente a menores riscos mais também, as incidências de agravos à saúde dos trabalhadores (SOUSA, 2012).

Neste sentido é relevante investir em enfermeiros, permitindo sua participação nos processos de análise permanente das condições do serviço, pra identificar e incorporar pratica seguro na instituição (OLIVEIRA, 20140). Para mais, enfermagem deve dedicar-se em estimular a comunicação rápida e efetiva das evidências, experiências e recomendações destinadas a garantir a segurança dos pacientes ao redor do mundo (SILVA, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verificou-se, por meio da revisão bibliográfica, que a segurança do paciente é uma temática inovadora voltada para uma assistência de qualidade com vistas a reduzir os eventos adversos e/ou os erros das práticas inseguras que colocam em risco a saúde dos pacientes. Assim a assistência de enfermagem é fundamental para melhoria da segurança do paciente nas instituições de atendimento básico. Além do pouco conhecimento em relação aos eventos adversos e como notificá-los, medo dos profissionais de saúde em expor os erros devido à política de punição das instituições. No entanto

Ações positivas da assistência de enfermagem na segurança do paciente foram evidentes nas publicações, o que é importante para a segurança do paciente. As instituições enfrentam falta de planejamento em saúde; processos de trabalhos hierarquizados e punitivos; alta rotatividade de

profissional e baixa qualidade de recursos humanos; problemas com equipamentos e falhas da estrutura física. Assim, os órgãos responsáveis tem implementado políticas para melhoria da assistência, com conseqüente aumento da segurança do paciente nas instituições.

Este estudo mostra que a maior parte das pesquisas está relacionada aos eventos adversos da internação hospitalar e restringindo na atenção básica. A partir desta situação é importante identificar os erros para melhoria da segurança do paciente e nortear ações para melhorar a assistência no que se refere ao cuidado seguro. Sugere novas reflexões Para as contribuições da enfermagem na segurança do paciente, além de novos estudos atinjam todos os níveis de atenção na saúde.

REFERÊNCIAS

BEZERRA, A. L. Q. et al Análise de queixas técnicas e eventos adversos em um hospital sentinela. **Rev. enferm.** UERJ, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 467-472, out./dez. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.377, de 09 de julho de 2013. **Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente.** Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 2013a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377_09_07_2013.html>. Acesso em: 21 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. **Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente.** Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 2013b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html>. Acesso em: 21 nov. 2019.

Bueno AAB, Fassarella CS. Segurança do Paciente: uma reflexão sobre sua trajetória histórica. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, Rio de Janeiro. 2012;6(1):72-81.

Capucho HC, Cassiani SHB. Necessidade de implantar programa nacional de segurança do paciente no Brasil. **Rev. Saúde Pública.** 2013;47(4):791-8.

Carvalho REFL, Cassiani SHB. Questionário Atitudes de Segurança: adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire – Short Form 2006 para o Brasil. **Rev. Lat.-Am. Enferm.** 2012;20(3):575-82.

Carvalho V. Da enfermagem hospitalar – um ponto de vista. Esc Anna Nery **Rev Enferm.** 2009;13(3):640-44.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO (COREN-SP). **Anotações de enfermagem**, 2009. Disponível em: <<http://www.portaldaenfermagem.com.br/downloads/manual-anotacoes-de-enfermagem-coren-sp.pdf>>. Acesso em: 23 nov. 2019.

Dias JD, Mekaro KS, Tibes CMS, Zem-Mascarenhas SH. Compreensão de enfermeiros sobre segurança do paciente e erros de medicação. **Rev. Min. Enferm.** 2014;18(4):866-73.

Fernandes LGG, Tourinho FSV, Souza NL, Menezes RMP. Contribuição de James Reason para a Segurança do Paciente: reflexão para a prática de enfermagem. **Rev. Enferm. UFPE Recife.** 2014 [cit-

ado 20 Jun 2015];8(suppl. 1):2507-12. Disponível em:< [http:// www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/6217/9853](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/6217/9853) >. Acessado em: 20 nov 2019.

Ferreira RA, Pangaio AMWS, Bernardes RR, Lima SS. Segurança do paciente e os eventos adversos: erro profissional ou do sistema? **Revista Rede de Cuidados em Saúde**. 2014;8(3):23-8.

Freitas JS, Silva AEBC, Minamisava R, Bezerra ALQ, Sousa MRG. Qualidade dos cuidados de enfermagem e satisfação do paciente atendido em um hospital de ensino. **Rev. Lat.-Am. Enferm.** 2014;22(3):454-60.

Gonçalves LA, Andolhe R, Oliveira EM, Barbosa RL, Faro ACM, Gallotti RMD, et al. Alocação da equipe de enfermagem e ocorrência de eventos adversos/incidentes em unidade de terapia intensiva. **Rev. Esc. Enferm.** USP São Paulo. 2012;46(no. spe):71-7.

HONÓRIO, R. P. P.; CAETANO, J. A. Elaboração de um protocolo de assistência de enfermagem ao paciente hematológico: relato de experiência. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 11, n. 1, p. 188-193, 2009.

Lima FSS, Souza NPG, Vasconcelos PF, Freitas HA, Jorge MSB, Oliveira ACS. **Implicações da segurança do paciente na prática do cuidado de enfermagem**. *Enfermería Global*. 2014;(35):311-27.

LIMA, L. F.; LEVENTHAL, L. C.; FERNANDES, M. P. P. **Identificando os riscos do paciente hospitalizado**. *Einstein.*, São Paulo, v. 6, n. 4, p. 434-438, 2008.

Lopez MFA, Wegner W. Eventos adversos no cuidado da criança: concepções de familiar/cuidador na atenção básica. **Revista Ciência & Saúde Porto Alegre**. 2013;6(3):190-6.

MATSUDA, L. M. et al Anotações/registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado? **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 8, n. 3, p. 415-421, 2006.

Mello JF, Barbosa SFF. **Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da enfermagem**. *Texto Contexto Enferm Florianópolis*. 2013;22(4):1124-33.

Nascimento NB, Travassos CMR. O erro médico e a violação às normas e prescrições em saúde: uma discussão teórica na área de segurança do paciente. *Physis Revista de Saúde Coletiva Rio de Janeiro*. 2010;20(2):625-51.

Nunes FDO, Barros LAA, Azevedo RM, Paiva SS. **Segurança do paciente: como a enfermagem vem contribuindo para a questão?** *R de Pesq: cuidado é fundamental Online-Bra.* 2014 [citado 30 Jun 2015];6(2):841-847. Disponível em:< <http://www.index-f.com/pesquisa/2014/6-841.php> >. Acessado em: 20 nov 2019.

Oliveira RM, Leitão IMTA, Silva LMS, Figueiredo SV, Sampaio RL, Gondim MM. **Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências**. *Esc. Anna Nery Rio de Janeiro*. 2014;18(1):122-9

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Conferência Sanitária Pan-Americana, 26. Sessão do Comitê Regional, 54. **Qualidade da assistência: segurança do paciente.** Organização Pan-Americana da Saúde: Washington, DC, p. 11-12, 23-27, set. 2002. Disponível em: <<http://www.ops-oms.org/portuguese/gov/csp/csp26-26-p.pdf>>. Acesso em: 23 nov. 2019.

Paese F, Dal Sasso GTM. **Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde.** Texto Contexto Enferm. Florianópolis. 2013;22(2):302-10.

PANCIERI, A. P. et al Checklist de cirurgia segura: análise da segurança e comunicação das equipes de um hospital escola. **Rev. Gaúcha de Enferm.**, Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 71-78, 2013.

Pereira MD, Souza DF, Ferraz F. Segurança do paciente nas ações de enfermagem hospitalar: uma revisão integrativa de literatura. **Revista Inova Saúde**, Criciúma. 2014;3(2):55-87

RADUENZ, A. C. et al Cuidados de enfermagem e segurança do paciente: visualizando a organização, acondicionamento e distribuição de medicamentos com método de pesquisa fotográfica. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 6, p. 1045-1054, nov./dez. 2010.

Reis CT, Martins M, Laguardia J. **A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde – um olhar sobre a literatura.** Ciênc. Saúde Coletiva Rio de Janeiro. 2013;18(7):2029-36.

Silva AEBC. Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em enfermagem, **Rev. Eletr. Enf.** 2010 [citado 19 Jul 2015];12(3):422. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.11885>>. acessado em: 20 nov 2019

SILVA, A. E. B. C. Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em enfermagem. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 12, n. 3, p. 422, 2010.

SILVA, F. M. et al **Higienização das mãos e a segurança do paciente pediátrico.** Ciencia y Enfermeria XIX, Conceição, n. 2, p. 99-109, 2013.

Sousa MRG, Silva AEBC, Bezerra ALQ, Freitas JS, Miasso AI. Eventos adversos em hemodiálise: relatos de profissionais de enfermagem. **Rev Esc Enferm. USP.** 2013;47(1):76-83.

Sousa PAF, Dal Sasso GTM, Barra DCC. **Contribuições dos registros eletrônicos para a segurança do paciente em terapia intensiva: uma revisão integrativa.** Texto Contexto Enferm. Florianópolis. 2012;21(4):971-9.

SOUSA, M. R. G. et al Eventos adversos em hemodiálise: relatos de profissionais de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 76-78, 2013.

Tase TH, Lourenção DCA, Bianchini SM, Tronchin DMR. Identificação do paciente nas organizações

de saúde: uma reflexão emergente. **Rev. Gaúcha Enferm.** 2013;34(2):196-200.

VINCENT, C. **Segurança do paciente: orientações para evitar eventos adversos.** São Caetano do Sul: Yendis, 2009.

Werneck, Marcos Azeredo Furkim. **Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço** / Marcos Azeredo Furkim Werneck, Horácio Pereira de Faria e Kátia Ferreira Costa Campos. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009. 84p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The International Classification for Patient Safety (ICPS): taxonomy - more than words. Geneva: WHO, 2009b. Disponível em: <<http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/en/>>. Acesso em: 23 nov. 2019.

DESAFIOS E POSSIBILIDADES DA SAÚDE BUCAL NAS UTIS

Bianca R.P. Soares¹

Andreia dos S. Rodrigues²

Ilka Belfort³

RESUMO

O envolvimento da Gestão hospitalar se faz muito importante para o bem estar do paciente, proporcionando melhores condições de atendimento e buscando meios inovadores que facilitam a higiene oral dos pacientes. O trabalho teve por objetivo conhecer por meio de uma revisão da literatura com análise de artigos científicos a importância de cirurgia dentista, a interação familiar na higiene oral dos pacientes. Baseado no resultado da pesquisa sugerimos a criação de app de informações para o familiares e/ou cuidadores sobre a higiene oral dos pacientes acamados.

Palavras-Chave: Protocolo; Segurança Do Paciente; Profissional Da Saúde; Atenção Básica; Intervenções.

ABSTRACT

The involvement of hospital management is very important for the patient's good star, providing better care conditions and seeking innovative means that facilitate the oral hygiene of patients. The aim of this study was to know, through a literature review with analysis of scientific articles, the importance of dental surgeons, family interaction in oral hygiene of patients. Based on the research result we suggest the creation of information app for family members and / or caregivers about the oral hygiene of bedridden patients.

Keywords: Intensive Care Units (ICUs); Dentists; Information Technology

INTRODUÇÃO

A higiene bucal nas Unidades Intensivas (UTIs), baseia-se em ações de promoção na saúde bucal dos pacientes em estado crítico, onde necessitam de um cuidado correto e de uma adaptação para realização de atividades individuais para cada pacientes.

Neste sentido, Abdias (2007), afirma que as unidades de terapia intensiva (UTIs) foram criadas a partir da necessidade de atendimento de pacientes em estado crítico no qual exigia observação contínua de uma equipe de médicos e enfermeiros para atendimento de pacientes em estado grave.

As Unidades de Terapia Intensiva, tem como objetivos prestar assistência aos pacientes cujo estado exige maior cuidado e observação contínua dos profissionais de saúde dessas unidades de forma interdisciplinares e multidisciplinares. (PINHEIROS; ALMEIDA, 2014)

Segundo Camargo (2005), a odontologia hospitalar pode ser definida como uma prática que visa cuidados das alterações bucais que exigem procedimentos de equipe multidisciplinar de alta

1 Discente do Curso de Gestão Hospitalar da Faculdade Laboro. E-mail: biankinhasoares15@outlook.com

2 Discente do Curso de Gestão Hospital da Faculdade Laboro. E-mail: dedeka.rodrigues@hotmail.com

3 Orientadora Prof. Faculdade Laboro. E-mail:ilkabelfort@gmail.com

complexidade ao paciente. No ambiente hospitalar, o cirurgião-dentista pode atuar como consultor da saúde bucal e como prestador de serviços, tanto em nível ambulatorial quanto em regime de internação, ainda segundo Camargo a condição bucal altera a evolução e a resposta ao tratamento médico, sendo que a boca abriga microrganismos (bactérias e fungos), expondo o paciente a maiores riscos de infecção, alterando a qualidade de saúde do paciente.

De acordo com Camargo, a odontologia hospitalar deve ser vista como uma atribuição que visa os cuidados do paciente como todo, definida como práticas que exigem a participação do cirurgião-dentista integrada na equipe multidisciplinar, sendo assim fazendo uma avaliação completa e a adequação do meio bucal pelo cirurgião-dentista são fundamentais para minimizar e prevenir complicações de pacientes internados na Uti .

A cavidade bucal representa o maior meio de comunicação do meio ambiente com o organismo, tendo cerca de 500 diferentes tipos de microorganismos colonizando a área. Com imunocomprometimento do paciente, muitos destes microorganismos apresentam seu potencial patogênico aumentado, levando a doenças periodontal Severas e Candidíase. (SOUZA et.al.2006)

Devido a falta de higiene oral dos pacientes observa-se uma série de fatores de riscos causados pelo acúmulo de placa bacteriana (biofilme), sem a higienização eficiente este processo leva a calcificação e a inflamação da gengiva, que posteriormente, se não houver a remoção causa gengivite e periodontite.

No cuidado da saúde bucal, é a prevenção uma vez que pacientes em situação de vulnerabilidade tem mais pré-disposição a adquirir doenças relacionadas a ineficiência com cuidados á saúde bucal. Sendo assim, é de suma importância que os acompanhantes e profissionais de saúde sejam orientados da necessidade dos cuidados com a saúde bucal destes pacientes. Uma má higienização bucal, causa comprometimento na saúde como um todo colocando em risco várias áreas do nosso organismo. Várias doenças são associadas a má higienização bucal, bactérias são liberadas na corrente sanguínea causando danos a vários órgãos. Citamos a pneumonia associada a ventilação mecânica (PAVM), onde é muito propício em pacientes da Uti, por isso o cuidado tem que ser redobrado, pois esses pacientes tendem a ser mais vulneráveis a essa infecção. Manter a boca limpa, evitar o acúmulo de placa bacteriana e secreções na cavidade bucal pode reduzir o risco de desenvolver a PAVM.

As atividades de promoção de saúde bucal desenvolvidas em ambiente hospitalar são direcionadas à melhoria da higiene oral, incentivando sua inclusão na higiene corporal diária como o principal fator de controle e prevenção das doenças bucais (MEDEIROS JUNIOR, ALVES, NUNES, COSTA 2005). Higiene Oral adequada reduz o risco de infecção e diminui o tempo que este paciente fica internado, por isso a importância da interação familiar, podendo trazer benefícios ao estado de saúde do paciente. A atenção à saúde bucal nos pacientes da UTI em relação a higienização adequada da boca, tem por objetivo de trazer informações sobre como o acompanhante pode fazer a profilaxia (limpeza).

Dessa forma o Artigo teve como objetivo apresentar uma ferramenta de apoio (app de saúde bucal), para tirar as dúvidas e manter os mesmos atualizados sobre a higiene da boca, tanto na UTI quanto fora do ambiente hospitalar. Neste contexto utilizar a tecnologia de um aplicativo que possa mostrar ao acompanhante como fazer essa higienização de forma eficiente. Desta forma o acompanhante participa de maneira ativa na recuperação do paciente.

METODOLOGIA

A pesquisa foi desenvolvida por meio de revisão bibliográfica de publicações no período de outubro de 2019. Os artigos incluídos foram de 2015 a 2019, a partir da pesquisa foram selecionados 15 artigos, onde somente 8 incluem-se no escopo do trabalho a ser desenvolvido utilizando a base de dado: Scielo e Google Acadêmico. Para realizarmos a busca, utilizando como descritores: Assistência ao paciente, Segurança do paciente, Comunicação Efetiva. Os demais artigos foram excluídos por não se enquadrarem no escopo da pesquisa, ou por não serem tão completos quanto os que foram incluídos, além de já possuírem dados que se repetiram entre as 15 citações utilizadas no trabalho.

A proposta é a criação de um dispositivo que descreva os meios a serem utilizados por familiares e/ ou cuidadores de pacientes acamados. Onde contém informações sobre como será realizada as manobras de higiene oral dos pacientes da maneira correta.

REVISÃO DE LITERATURA

No Brasil, a higiene bucal ainda é um assunto bastante polêmico e de literatura escassa. Não há informações sobre a importância de um cirurgião dentista dentro das Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) compondo a equipe multidisciplinar, que visa a melhoria para a recuperação dos pacientes acamados. Com o passar do tempo, o desenvolvimento tecnológico e monitoramento direto com paciente surgiu a necessidade de novos profissionais para compor a equipe multidisciplinar. Assim, com o aumento de infecções em pacientes acamados na UTIS, houve a necessidade de cirurgiões dentistas para trabalhar em conjunto com a equipe multidisciplinar nas UTIs. Desta forma a

Associação Brasileira de Odontologia (ABO, 2011):

A participação dos profissionais da saúde bucal, como consultores da saúde bucal ou, de forma mais ativa, como prestadores de serviços realizados em nível ambulatorial ou hospitalar, em especial na uti, tem o objetivo de colaborar, oferecer e agregar mais força que caracteriza a nova identidade do hospital, dando maior ênfase na integralidade de atenção e assistência (ABO, 2011).

A presença do Cirurgião-Dentista nos hospitais ainda é pouco exposta, até mesmo entre os profissionais das equipes hospitalares. Assim, é necessário mudar alguns paradigmas procurando uma maior divulgação da atuação do cirurgião- dentista nos hospitais e os órgãos responsáveis por essa área, aplicar uma fiscalização adequada procurando averiguar se está sendo obedecida essa atuação e quais as condições que os profissionais exercem as atividades de higiene oral. (CRUZ; MORAIS; TREVISANI; 2014).

Recentemente a lei 2776/08 do deputado Federal Neilton Mulim (PR/RJ) pretende obrigar a presença de dentista em todas as áreas de unidade de terapia intensiva (UTI) sendo em hospital público ou privado. É importante que saibamos que a odontologia hospitalar vai além do CTIs, abrangendo várias áreas onde encontram- se pacientes internados como: centro cirúrgico, ambulatório e pronto atendimento. Alguns hospitais ainda estão se adaptando com essa realidade de manter um profissional de saúde bucal dentro da CTIs, pois alguns gestores não conseguem entender as necessidades e as dificuldades dos serviços. Diante disso com aumento dos pacientes internados maior será os custos para os hospitais.

O Cirurgião-Dentista tem o objetivo de realizar um exame clínico adequado no paciente hospitalizado para avaliar se há a presença de alguma alteração oral e eliminar os focos infecciosos at-

ravés de restaurações, curativos, cirurgias, raspagens e medicações, prevenir sangramentos, tratar lesões orais e realizar ainda tratamentos paliativos. (ALBUQUERQUE ; SOUZA; PEREIRA; 2016)

A presença de um cirurgião dentista é de suma importância, ele desempenha um papel estratégico no ambiente oral por meios de procedimentos odontológicos específicos e soluciona problemas relacionados a saúde bucal. O paciente internado na UTI necessita de cuidados na higiene oral para prevenir doenças como: Pneumonia Associada a Ventilação (PAV) e Periodontite, com o surgimento dessas doenças no paciente ocorre maior número de complicações sistemáticas do paciente.

Os pacientes que são internados em UTI apresentam higiene oral deficiente, com uma abundância significativa de biofilme, sendo que, a quantidade e a complexidade do biofilme aumentam com a permanência de internação. A higiene oral de pacientes hospitalizados em UTI é imprescindível para assegurar que não haja a disseminação de bactérias e fungos que comprometa o bem-estar do paciente e sua saúde oral e sistêmica, ocasionando até outras infecções e doenças (SOUSA; PEREIRA 2014).

Sabe-se pela literatura (SANNATIECO, 2002), que existe uma relação entre doenças bucais e doenças sistêmicas, principalmente as doenças periodontais. A periodontite é conhecida como doença infecciosa de natureza inflamatória (destruição dos tecidos do dente). Ocorre em um processo interativo entre o biofilme os tecidos periodontais, por meio da ação direta e indireta das bactérias Gran-negativas: *Actinobacillus actinomycetncomitans*, *Porphyromonas gengivalis*, e *Tannerella forsythensis*. Estas bactérias tem sido identificadas em infecções extras bucais (WILLIAMS; OFFENBACHER, 2005).

Essa doença é infecto-inflamatório que acomete os tecidos de suporte (gengiva) e sustentação (cimento, ligamento periodontal e osso), dos dentes, sua principal causa é a higiene bucal insuficiente dos pacientes que se encontram acamados, sem a limpeza adequada da boca. Bactérias, restos de alimentos e células mortas produz o biofilme bacteriano, popularmente conhecido como placa bacteriana. O biofilme pode provocar a inflamação da gengiva (a gengivite em si) que se não tratada, evolui para periodontite.

A pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM) é uma das infecções mais comuns na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e constitui um grande problema hospitalar devido a sua alta incidência, acometendo acima de 40% dos pacientes graves ou imunossuprimidos, com índices de mortalidade que variam de 13 a 55%. Esta complicação contribui para o atraso na recuperação, aumentando a morbidade e mortalidade dos doentes, assim como o tempo de permanência no leito e os custos hospitalares (DAVID; 1998, AHMED QA; NIEDERMAM; 2001).

A falta de higienização oral nos pacientes acamados cria um ambiente propício para proliferação de bactérias na cavidade bucal e respiratórias, aumentando o índice de pneumonia associada a ventilação mecânica (PAVM). Um dos principais fatores envolvidos na saúde bucal são os pequenos cuidados diários que muitas vezes são negligenciados por falta de conhecimento e técnicas adequadas para uma higiene saudável, tornando um desafio nos pacientes em estado vegetativo e pacientes sem mobilidade, principalmente no Ambiente Hospitalar.

A escovação dos dentes é considerada uma medida simples e que pode reduzir a mortalidade dos pacientes que contraem PAVM durante a internação, quando realizada duas vezes ao dia. A necessidade de escovação deve ser muito bem avaliada em alguns pacientes intubados portadores de úlceras bucais ou graves distúrbios de coagulação que podem levar a grave sangramento gen-

gival (ABIDIA; 2007). Diante desse fato citado pelo autor observa-se que há uma necessidade de uma higiene adequada para cada tipo de patologia e cada instituição deve elaborar o seu próprio protocolo de higiene bucal com ajuda de um cirurgião dentista e a equipe de enfermagem, iniciando com procedimentos básicos até os mais complexos.

A introdução de protocolos de higiene bucal em pacientes internados tem sido recomendada pela simplicidade e pelo potencial que representam na prevenção de alguns quadros sistêmicos (BELLO, 2009). É importante implementar um protocolo de cuidados bucais no ambiente hospitalar para evitar a proliferação de bactérias e fungos decorrentes de problemas orais. A remoção mecânica junto com o uso da clorexidina 0,12%, na forma de enxaguatório bucal reduz o foco de infecção na cavidade bucal.

No ambiente hospitalar, a presença do acompanhante ou familiar, é percebida como positiva e deve ser estimulada por ser capaz de influenciar a recuperação do paciente, ajudando a amenizar os sentimentos provocados com a hospitalização. O ambiente hospitalar deve ser visto como espaço propício para a orientação sobre cuidados de manutenção da vida, considerando que as limitações do paciente impulsionam o acompanhante para buscar e prestar ajuda (SILVA;2007). De acordo com o autor observasse a importância da interação do acompanhante com a equipe de enfermagem para o tratamento e a recuperação do paciente, facilitando a prevenção de doenças relacionadas a saúde bucal. Para o acompanhante há um pouco de dificuldade em realizar os procedimentos, pois há um certo receio de lidar com o paciente e falta informação sobre os cuidados, em que cabe a equipe de enfermagem interagir com o acompanhante mostrando os protocolos utilizados por eles para uma melhor higienização oral dos pacientes acamados.

Higiene Oral adequada reduz o risco de infecção e diminui o tempo que este paciente fica internado, por isso é importância da interação familiar podendo trazer benefícios ao estado de saúde do paciente. A família deve ser compreendida como uma aliada da equipe de saúde, atuando como recurso na promoção e conforto e humanização do paciente, ajudando-o a recuperar a confiança e assim, investir na sua recuperação. (KAPLEN, 1985)

Segundo Salicio e Gaiva (2006), a presença do enfermeiro junto aos familiares deve possibilitar a troca de informações da evolução do paciente, por meio de uma comunicação efetiva, contribuindo para a identificação de dificuldades dos familiares e oferecendo o apoio necessário.

Sabe-se que as UTIs é um setor onde ficam pacientes em estado crítico e debilitado. Usar uma tecnologia avançada traz uma grande vantagem para o tratamento disponibilizado pelo hospital. Com a crescente globalização, cada vez mais os aplicativos são ferramentas que viabilizam nossas vidas.

Com a crescente evolução da internet e mídias sociais, o uso de dispositivos móveis, smartphones e tablets tem proporcionado uma revolução de maior impacto nos últimos tempos (SILVA; SANTOS, 2014).

Nos últimos anos a tecnologia virou uma realidade em nossa sociedade, muitos buscam praticidade e rapidez nas informações. Quando um aplicativo é projetado, um desenvolvedor deve escolher, dentre várias maneiras a melhor forma de desenvolver levando em consideração variáveis como: plataforma em que o software será disponibilizado, sistema operacional de funcionamento do software, linguagem de programação, experiência do programador, prazos de entrega do software, entre outros (WHITE, 2013).Acredita-se que uma possível dificuldade torna-se um desafio para a população .

Para ajudar familiares e cuidadores de pacientes acamados, uma vez que estes estão impossibilitados de realizar suas tarefas de higiene oral básica, acreditamos que a criação de um aplicativo com informações básicas de higiene oral que gere segurança tanto para o paciente quanto para a pessoa responsável pelos cuidados deste paciente é fundamental. Um aplicativo de higienização oral de fácil entendimento para a população, onde são mostrados o passo a passo do uso correto dos EPI'S. É de suma importância que a população seja alertada da necessidade de cuidados básicos para aqueles que estão em situação de vulnerabilidade. O cuidado em casa é tão importante quanto o cuidado hospitalar, pois reduz a reincidência do paciente ao hospital.

A criação deste aplicativo pode ser feito de uma maneira simples e exploratório com o tema voltado a saúde bucal, com ilustrações possibilitando um bom entendimento para o acompanhante e ao final, um jogo de perguntas e respostas sobre a higiene oral. Para o funcionamento deste aplicativo será desenvolvido etapas de higienização e a utilização dos EPI'S.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Diante dos artigos selecionados foi feito um levantamento bibliográfico, que buscou identificar nas publicações se os autores explicavam no seu estudo, aspectos relacionados a higiene bucal nas UTIs. No estudo observa-se a necessidade de um cirurgião dentistas nas UTIs, como aspecto fundamental para higiene bucal dos pacientes. Verificando também agravos causados pela falta de higienização oral e participação do acompanhante nas UTIs.

Segundo Abidias (2007), relata que é fundamental e imprescindível a presença de um cirurgião dentista, já Camargo (2005) comenta que o cirurgião dentista pode atuar como consultor de saúde bucal, assim deixando em evidencia a participação do profissional não somente nas UTIs mas sim em todas áreas abrangendo desde o laboratório, oferecendo melhorias na qualidade bucal.

Outro autor acredita que é fundamental trabalhar em equipe para melhorar a higiene Oral do paciente, que fica evidenciado a seguir:

A integração entre as equipes de cirurgia dentista e enfermagem deve ser com vistas ao comprometimento dos cuidados da saúde bucal do paciente, buscando sempre o seu bem-estar biopsicossocial. (JARDIM et al., 2013). Nesse sentido a Odontologia vem ganhando espaço, através de recursos tecnológicos trazendo eficiência, agilidade e comodidade. A tecnologia é uma aliada para a Gestão hospitalar, seu poder de objetividade, otimização e eficiência nas atividades administrativas, além de trazer agilidade e precisão nos processos desenvolvidos, garantem melhor atendimento aos usuários dos serviços.

Fazendo uso do aplicativo e de suas funções para direcionamento das atividades a serem realizadas de acordo com seu passo a passo, o usuário poderá encontrar de maneira mais rápida e eficiente os conteúdos que ele procura dentro do aplicativo. O aplicativo tem uma abordagem de fácil aprendizagem possibilitando ao familiar aprender e interagir dentro do ambiente hospitalar ou fora do mesmo na falta de um profissional capacitado para essa higienização.

As fotos a seguir mostram como ficará o aplicativo e suas funções:

Dental Vida



Seja bem vindo ao aplicativo de higiene oral.

Dental Vida Técnicas Básicas



Jogo de Perguntas



A higiene das mãos é considerada como a medida de biossegurança mais importante, diminuindo a transmissão de bactérias para os pacientes acamados.



Atenção para o paciente!

A associação deve ser feita diariamente e mais de uma vez por dia, prevenindo assim cáries, periodontites e tornando os rins de longa e saudável o aquecimento de banho apropriado para a saúde. Se caso de pacientes com próteses remova a base e higienização.

Após levar as mãos utilize os EPIs de Biossegurança: Óculos, Luvas e Máscara.



1- Você acha que a Biossegurança é capaz de evitar bactérias?

Sim Não

2- Pacientes acamados esta propicio a pegar bactérias?

Sim Não

3- Luva, Máscaras, Gorros e Seringas são equipamentos da biossegurança?

Sim Não



Parabéns!!

4- Lavar as mãos é um procedimento somente para tirar as impurezas?

Sim Não

5- É necessário retirar a prótese para fazer a higienização ?

Sim Não



Tente outra vez

RESULTADO

Fonte: autoria própria

CONCLUSÃO

O presente trabalho permitiu que fossem realizados estudos bibliográficos, sobre a necessidade e importância dos atendimentos odontológicos nas UTIs, e em casa nos pacientes acamados. Observou-se a necessidade de implantação de equipes multidisciplinar com a inclusão de profissionais ligados a área odontológica, pois é indispensável os cuidados com a higiene oral. Uma vez, que a saúde oral esteja dentro da normalidade os riscos de complicação desses pacientes melhora de forma significativa. É evidente, que tanto pacientes quanto familiares e cuidadores precisam ser instruídos dos reais cuidados em relação a higiene oral.

A elaboração de um aplicativo simples, dinâmico e eficiente que facilite o processo de higienização dos pacientes é indispensável, uma vez que estes cuidados devem ser mantidos não somente na área hospitalar, mas em ambiente domiciliar. Com o aplicativo de higiene oral fica muito mais fácil realizar a higiene oral de maneira correta e nos horários adequados (após as refeições), pois este conta com instruções de: como escovar os dentes, o uso do fio dental, enxaguante bucal etc... . Vale ressaltar que os pacientes com limitações e acamados necessitam de um cuidado redobrado na higiene bucal.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOLOGIA. Disponível em: <http://www.abo.org.br>>. Acesso em novembro de 2011.

ABIDIA, Randa F. Oral care in the intensive care units: a re-view. **The Journal of Contemporary Dental Practice**, [s.l.], v. 8, n. 1, 1 jan. 2007. Disponível em: <http://oralpathol.dlearn.kmu.edu.tw/case/oral%20care-ICU-JCDP-2007.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2019.

AHMED, Q. A; NIEDERMAN, M. S. Respiratory infection in the chroni-cally critically ill patient. Ventilator-associated pneumonia and tracheobronchitis. National Center for Biotechnology Information, [s. l.] v. 22, n.1, p. 71-85, mar. 2001. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11315460>. Acesso em: 10 nov. 2019.

ALBUQUERQUE, D. M. S. et al. A importância da presença do cirurgião-dentista na equipe multidisciplinar das unidades de tratamento intensivo. **Revista Fluminense Odontologia**, [Niterói], ano 22, n. 45, p. 1413-2966, jan./jun. 2016. Disponível em: [www.periodicos.uff.br > ijosd > article > download](http://www.periodicos.uff.br/ijosd/article/download). Acesso em: 5 nov. 2019.

BELLO, F.B. Atenção básica na alta complexidade: o cuidado em saúde bucal com os pacientes hospitalizados. **Revista Fluminense de Odontologia**, [Niterói], v. 2, n. 34. Disponível em: <http://periodicos.uff.br/ijosd/article/view/30369>. Acesso em: 5 nov. 2019.

CAMARGO, Elaine C. Odontologia hospitalar é mais do que cirurgia buco-maxilofacial.**Revista Odonto**, [s. l.] ano 7, n. 98, maio 2005. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=335528&pid=S0034-7272201200010001500005&lng=es. Acesso em: 10 nov. 2019.

CRUZ, Maristela Kapitski da; MORAIS, Teresa Márcia Nascimento de; TREVISANI, Deny Munari. A avaliação clínica da cavidade bucal de pacientes internados em unidade de terapia intensiva de um hospital de emergência. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, [São Paulo], v. 26, n. 4, p. 379-83, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v26n4/0103-507X-rbti-26-04-0379.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2019.

DAVID, Cid Marcos Nascimento. Infecção em UTI. **Medicina Ribeirão Preto** online, v. 31, n. 3, p. 337-348, 1998. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/7680>. Acesso em: 5 nov. 2019.

KAPLEN, A. S. Enfermagem e a família: um relacionamento por vezes fundamental. **Enfer moderna**, v. 3, n. 3, p. 4-7, 1985.

MEDEIROS JÚNIOR, A. et al. Experiência extramural em hospital público e a promoção da saúde bucal coletiva. **Revista Saúde Pública**, [São Paulo], v. 39, n. 2, p. 305-310, ago. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v39n2/24057.pdf> Acesso em: 05 nov. 2019.

PINHEIRO, Tarsila Spinola; ALMEIDA, Tatiana Frederico de. A saúde bucal em pacientes de UTI. **Revista Bahiana de Odontologia**, [s. l.] v. 5, n. 2, p. 94-103, ago. 2014. Disponível em: <http://www5h.com.br/revista/odontologia/v5n2p94-103> Acesso em: 10 nov. 2019.

SALICIO, Dalva Magali Benine; GAIVA, Maria Aparecida Munhoz. O significado de humanização da assistência para enfermeiros que atuam em UTI. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 8, n. 3, p. 370-376, 2006. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista8_3/v8n3a08.htm. Acesso em: 5 nov. 2019.

SANNAPIECO, F. A. Relação entre Doença Periodontal e Doenças Respiratórias. In: ROSE, L. E. et al. **Medicina Periodontal**. São Paulo: Ed. Santos, 2002. p. 83-97.

SOUZA, Larissa Vaz dos Santos; PEREIRA, Adriana de Fátima Vasconcelos; SILVA, Nôlma Barradas Silva. A Atuação do cirurgião-dentista no atendimento hospitalar. **Revista Ciência Saúde**, São Luís, v.16, n.1, p. 39-45, jan./jun. 2014. Disponível em: www.csa.ufrpe.br/revista/v16n1p39-45 Acesso em: 5 nov. 2019.

SOUZA, E. L. B. et al. A doença periodontal como fator de risco para doenças cardiovasculares. **International Journal of Dentistry**, Recife, v., n. 2, jun. 2006. Disponível em: <http://www.ijod.com.br/revista/v1n2p1-10> Acesso em: 05 nov. 2019.

WILLIAMS, R.C.; OFFENBACHER, S. Periodontologia 2000. São Paulo: Ed. Santos, 2005

PROJETO CANTINHO DA PAZ: AMENIZANDO O ESTRESSE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO AMBIENTE DE TRABALHO¹

Cleide da Silva Pestana²

Letícia Costa de Almeida³

Ilka Kassandra Belfort⁴

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo evidenciar que colocar um espaço dinâmico e lúdico, pode fortalecer as relações interpessoais do profissional de saúde no trabalho. Buscando entender primeiramente o estresse e suas consequências. Tem como base teórica o artigo de Rosalvo de Jesus Oliveira e Tarcísio Cunha, que percebem a necessidade que tem o profissional em desenvolver as suas funções com satisfação e em um ambiente de trabalho que facilite o desenvolvimento das atividades. Para tanto, foi pensado num espaço onde os profissionais possam, nos horários vagos, realizarem atividades que contribuam para a qualidade do seu bemestar, como também, receber atendimento psicológico. Desse modo, observa-se que o projeto Cantinho é uma chance de amenizar esse problema, entre os profissionais da saúde no seu ambiente de trabalho. O que permite concluir que esse problema busca reflexões necessárias para uma melhoria da atual realidade.

Palavras-Chave: Saúde; Estresse; Ambiente de trabalho; Profissional;

INTRODUÇÃO

Segundo os dados da OMS (Organização Mundial da Saúde), problemas ligados a saúde, são os casos mais comuns sobre o afastamento dos trabalhadores. O estresse é um dos principais fatores que contribuem para este problema, e muitas das vezes o local de trabalho do profissional da saúde é extremamente tenso e a busca pela excelência está cada vez mais incessante. De acordo com Grazziano (2008, p18) “As exigências da vida moderna e do mercado de trabalho nas últimas décadas vem consumindo a energia física e mental dos trabalhadores, minando seu compromisso, sua dedicação e tornando-os descrentes quanto às suas conquistas e ao sucesso no trabalho”. Isso também contribuiu para o sedentarismo e o comodismo das pessoas, deixando de realizar atividades físicas e conseqüentemente, facilitando com o surgimento de diversas doenças, como o estresse.

Rosalvo de Jesus Oliveira e Tarcísio Cunha, relatam que não é de hoje que vem sendo debatido sobre o estresse dos profissionais da saúde, alguns estudos já revelam que muitos desses profissionais da saúde enfrentam cargas altas de pressão, o que facilita muito para ocasionar o estresse no ambiente de trabalho, assim como também, pode comprometer o andamento da equipe e organização. Assim, reforçando: “observa-se que são delegadas aos profissionais múltiplas tarefas com alto grau de exigência e responsabilidade, as quais, dependendo do trabalho e do preparo para exercer seu papel, podem criar tensão para si, equipe e a comunidade assistida” (CAMELO e

1 Trabalho apresentado para o III Congresso de Gestão Hospitalar da Faculdade Laboro em 2019.

2 Aluna do Curso de Gestão Hospitalar da Faculdade Laboro, e-mail: cleidesilva.pestana@gmail.com

3 Aluna do Curso de Gestão Hospitalar da Faculdade Laboro, e-mail: leticiacostadealmeida@gmail.com

4 Orientador(a) do trabalho. Professor(a) da Faculdade Laboro, e-mail: ilkabelfort@gmail.com

ANGERAMI, 2007)

Portanto, é importante que as organizações pensem e invistam no bem-estar de seus colaboradores, pois assim, seu trabalho flui de forma positiva e eficiente. Não adianta investir em infraestrutura e esquecer que todo trabalho necessita da mente do ser humano, uma vez que está propício a falhas e exaustão.

Apesar do estresse está ligado ao emocional, isso não tira os riscos que ele pode causar na saúde física. Pois, os medicamentos que ajudam a combater, também causam diversos efeitos colaterais no organismo, gerando até uma dependência, o que torna mais prejudicial a situação.

A reversão fica mais difícil, os medicamentos não ajudam, o acúmulo de problemas acarretam e podem ocasionar o afastamento do profissional.

No contexto atual, o estresse é visto como algo banal, com interpretações confusas e distintas, e sem ver muita importância, a pessoa quando se diagnostica, o estado já está mais grave, como crise de ansiedade, depressão etc. A doença só é levada a sério depois disso, quando se descobre que o tratamento é constante e que precisa de acompanhamento, as vezes por ser algo desconhecido, surge a desconfiança sobre a eficiência dos tratamentos, muitos nem chegam a fazê-los.

Por isso, a escolha desse tema deve-se a realidade vivenciada por nós, mesmo que em ambientes diferentes, muitas das vezes passamos por situações parecidas, onde o estresse dificulta o bom andamento dos trabalhos.

O objetivo do trabalho é evidenciar que um espaço dinâmico e lúdico, possa fortalecer as relações interpessoais dos profissionais de saúde no ambiente de trabalho.

Contudo, almeja-se que esse trabalho possa influenciar mais pessoas e novos estudos possam ser feitos, para que essa reflexão possa ser cada vez mais dissipada.

Para isso, discutiremos neste trabalho a conceitualização do estresse e suas dimensões, causas e consequências. Apresentando o Cantinho da paz, que pode amenizar o estresse dos profissionais de saúde.

Conceituando o estresse

A palavra estresse é comumente usada nos dias atuais, para se referir a irritação, impaciência e isso acontece quando a pessoa está em situação de pressão ou tensão de momento. (SILVA, 2015, p. 03)

Para Fiorelli e Malhadas Junior, a identificação da presença do estresse, encontra-se na palavra distúrbio, seja ele agudo ou crônico. E isso ocorre quando o indivíduo age de maneira indesejada, ocasionado por uma perturbação.

Segundo o dicionário Houaiss (2001, p.1.264), o termo estresse indica o estado gerado por estímulos que provocam excitação emocional e, ao perturbarem a homeostasia, disparam um processo de adaptação caracterizado, entre outras alterações, pelo aumento de secreção de adrenalina produzindo diversas manifestações sistêmicas, com distúrbios fisiológico e psicológico.

Dentre tantos conceitos, o termo estresse já vem sendo estudado há muitos anos e seu conceito surgiu primeiramente, por Dr. Hans Selye, em 1936, quando relatou que: “o estresse é um processo vital e fundamental onde pode ser dividido em dois tipos, ou seja, quando passamos por mudanças boas, temos o estresse positivo e quando atravessamos alguma fase negativa, estamos vivenciando o estresse negativo.” (ROCHA, 2005).

De acordo com Selye, o organismo reage em 3 fases:

1-Fase do alarme

Quando já está exposto ao estresse, é causada por manifestações agudas, que possui algumas alterações no organismo, como: dilatação da pupila, o aumento da pressão cardíaca e da pressão arterial, contração do baco e o aumento da frequência respiratória.

2-Fase de resistência

A fase em que o organismo resiste, buscando voltar para o estado inicial, mas o estímulo estressante permanece e o organismo não consegue voltar para seu estado de equilíbrio e assim começam os sintomas do estresse, como: dificuldade pra dormir, fadiga, mal-estar e a irritabilidade.

3-Fase de esgotamento

Os sintomas anteriores continuam e cada vez mais, ocorre uma queda de imunidade. O risco de doenças graves surge, como: depressão, problemas respiratórios, infecções e outras.

Selye afirma também, que o estresse pode ser encontrado em qualquer uma das 3 fases, mas as manifestações mudam com o tempo. Porém, é importante não deixar que as 3 fases manifestem, uma vez que em estado mais grave, pode ocasionar o esgotamento e a morte.

Para o autor, o estresse não é resultado de uma lesão e nem uma tensão nervosa e sim uma síndrome específica produzidas no sistema biológico.

Os autores brasileiros Júlio de Mello Filho e Mauro Diniz Moreira (1992), já definem o estresse como “termo que compreende um conjunto de reações e estímulos que causam distúrbios no equilíbrio do organismo, frequentemente com efeitos danosos.” (op. cit, p. 121).

São diversos os conceitos, mas todos relatam que o estresse é um problema do organismo e que fatores externos contribuem para isso. Assim como o estado, não só emocional, mas também o físico, sofre com as consequências do estresse.

O estresse ocupacional é um dos principais fatores que motiva essas mazelas no organismo, assim como também o afastamento dos profissionais, que está ligado aos problemas no ambiente de trabalho, que enfrentam pressão, exigências e trabalhos excessivos. Alguns fatores demonstram bem a causa desse tipo de estresse:

- Fatores intrínsecos ao trabalho: condições ruins, sobrecarga, ritmo acelerado das atividades e alta exigência;
- Organização do indivíduo: sobrecarga de papéis;
- Interrelacionamento- com os colegas de trabalho.
- Desenvolvimento do trabalho em relação a carreira: expectativas de promoções.
- Estrutura da organização: potenciais deixados de lado.
- Interface casa/trabalho: a relação com os problemas dentro e fora do ambiente de trabalho.

Esses fatores contribuem muito e até fica até mais fácil de entender depois que se analisa com atenção essa lista. Mas apesar de ter conhecimento dos fatores, é necessário conhecer mais os sintomas do estresse. Pois a autoanálise se torna mais eficiente e com o conhecimento prévio, facilita a reversão.

1. Sintomas físicos:

Pressão alta

Aumento no nível do colesterol

2. Sintomas Psicológicos

Facilidade para se irritar

Tédio e fadiga

Insatisfação com o trabalho

Redução da autoestima

Depressão

3. Sintomas comportamentais

Pouco desempenho nas atividades no trabalho.

Comportamento antissocial.

Uso excessivo de álcool e drogas.

Procrastinação

Isso acontece porque as formas de trabalhos foram mudando com o tempo, antes o capitalismo não exigia tanto. O homem era acostumado só com o básico para saciar suas necessidades. Mas hoje ficou tudo diferente e o capitalismo impera na sociedade. Fazendo com que as pessoas vivam a todo tempo trabalhando e colocando cada vez mais sua saúde em risco.

As exigências são grandes, o profissional se ver em uma situação desfavorável, fazendo muito por tão pouco. Ele acaba se debilitando fácil quando se torna multifuncional dentro da empresa, não por escolha, mas por necessidade.

O que vem prejudicando muito são os serviços terceirizados, que a pessoa trabalha bastante, ganha pouco e não tem segurança quanto a sua permanência no trabalho. Porém, os ambientes de trabalho favorecem para isso, como o ambiente hospitalar, onde você trabalha em prol da vida do outro, o que torna bem mais tenso de lidar com situações estressantes.

Estresse do profissional da saúde no ambiente de trabalho

No ambiente de trabalho do profissional de saúde, possui vários fatores que podem contribuir para o estresse, por ser um ambiente mais cuidadoso com tudo, a saúde do profissional não é assistida como devia. Pois sua função é delicada e sua saúde fica afetada a todo tempo, com exigências, pressão, medo etc.

Para Miqueliim, “a fonte do estresse ou estressor é a denominação dada a algum evento que gera estresse”. Existem muitos estressores e não precisamente um tipo de estressor, pode estressar todas as pessoas num mesmo ambiente de trabalho.

Linch, Guido e Umnn (2010, ps. 544) também relatam que “o ambiente hospitalar pode constituir um importante estressor para os profissionais devido aos possíveis sofrimentos vivenciados neste local, às condições de trabalho, às demandas requeridas pela assistência e também pela grande responsabilidade exigida no trabalho.

Com o passar do tempo, o profissional de saúde precisou lidar com as mais diversas situações sociais, econômicas e psicológicas, buscando acompanhar esse processo. Isso fez com que o mes-

mo, assumisse os mais diferentes desafios, que antes não existia. Um fator que nos dias atuais só pioram, tendo em visto a escassez de verba necessária, materiais, profissionais, entre outros.

O convívio com muitas situações drásticas, acarretam também, os profissionais de saúde precisam lidar com esses riscos e entender que apesar de ter grande conhecimento, ser herói ainda não é sua profissão. Alguns médicos acabam se frustrando com situações assim, que vai contribuindo com o estresse e conseqüentemente, a depressão.

Com o capitalismo em alta, muitos profissionais encaram jornada dupla de trabalho, para tentar se manter e satisfazer suas necessidades. Contudo, estão mais sujeitos ao estresse, tendo uma rotina desgastante, tendo que sair de uma instituição e ir para outra, acaba não tendo um descanso necessário, gerando um grande desgaste físico e mental.

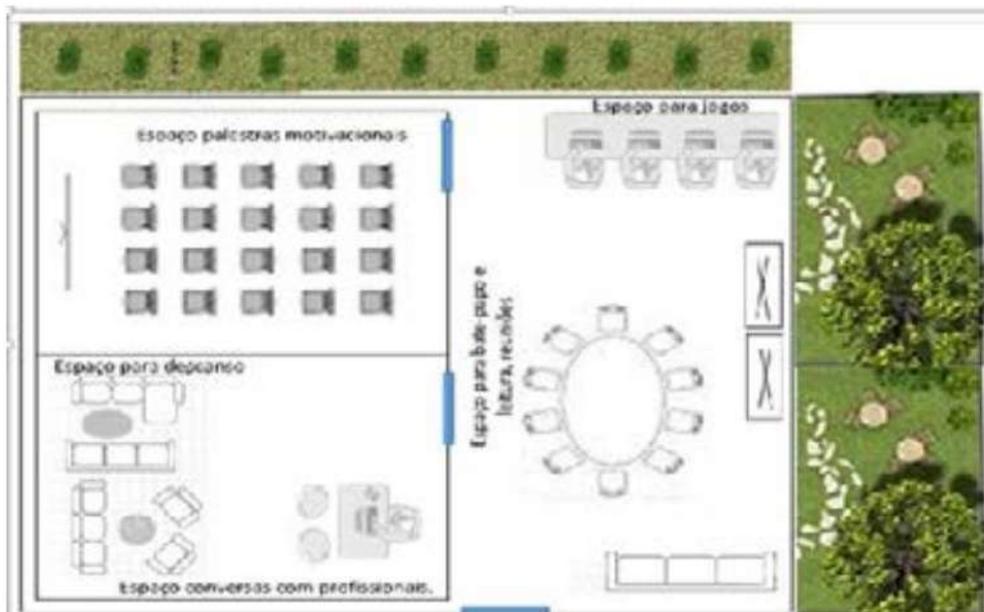
METODOLOGIA

Para melhorar a qualidade de vida do funcionário, e que não possa prejudicar sua produtividade e nem atrapalhar sua relação com os pacientes, foi pensado no projeto “Cantinho da paz”, que funcionará em uma unidade de saúde e investirá no bem-estar dos profissionais. Sendo assistidos por um gestor, durante o dia, onde irá por meio de pesquisas, conversas com os funcionários da organização, ver quais são suas dificuldades enfrentadas para tentar ajudá-lo. Porém a noite o cantinho também estará disponível e terá um espaço com diversas opções onde o profissional possa ter seu momento de descontração nos horários vagos e no final de seu expediente.

Será disponibilizado um espaço de biblioteca com diversos tipos de livros doados pelos mesmo e pela instituição, computadores para uso livre das redes sociais, com músicas variadas para o relaxamento do funcionário, jogos de tabuleiro que estimulem o raciocínio e as habilidades sociais. Rodas de conversa com colegas de trabalho, palestras motivacionais ministradas nesse ambiente, com diversificação dos temas dentre eles a importância de exercícios físicos, boas práticas de alimentação, também ocorrerá ginásticas laborais com os profissionais antes de seus expedientes, tudo coordenado por um gestor para que esses horários não interfira nos seus afazeres, podendo proporcionar um melhor desempenho em sua rotina de trabalho. Irão ter consultas uma vez por mês com um psicólogo da própria organização onde avaliarão o estado dos funcionários e encaminhá-los para os profissionais competentes.

RESULTADOS

Como resultado para o espaço chamado “Cantinho da Paz” teríamos o formato que segue:



Fonte: autoria própria

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho possibilitou um entendimento preciso sobre o estresse e como ele afeta os profissionais de saúde em seu ambiente de trabalho. Ambiente esse, que diariamente possui uma carga alta de pressão e de situações drásticas, que o funcionário precisa lidar, nem sempre com tanta eficácia.

Observou-se que são muitos os fatores que contribuem para isso, desde a convivência com os colegas, como também o modelo de trabalho que a instituição realiza. Com os sintomas diagnosticados, o funcionário percebe-se que sua realidade de trabalho influencia no problema e assim se descobre o estresse ocupacional.

Existem inúmeros sinais de alerta, muitos os sintomas, e que acabam passando despercebidos, o que é um grande risco para sua saúde e permanência na empresa.

Pensando nessas situações, objetivou-se demonstrar que um cantinho da paz pode ser uma forma de amenizar esse estresse. Que funcionará de forma positiva tanto para os funcionários, quanto para a organização.

Realizações de atividades lúdicas e atendimento psicológico, estarão inclusas no cantinho da paz. Como também roda de conversa com os colegas de trabalho, espaço de leitura e músicas que trarão o relaxamento necessário.

Conclui-se que essa pesquisa resulta em uma reflexão, que busca primeiramente melhorar a realidade atual da saúde mental do profissional de saúde.

Espera-se que essa inovação e criação do cantinho da paz, sirva como projeto-piloto de incentivo às outras instituições de saúde.

REFERÊNCIAS

CAMELO, S. H. H; ANGERAMI, E. L. S. **Riscos psicossociais relacionados ao trabalho das equipes de saúde da família: Percepção dos profissionais.** Rev. Enferm UERJ, Rio de Janeiro, P 502-507. Disponível em: <http://www.facent.uerj.br/v15n4o4.pdf>. Acesso em: 07. Nov. 2019.

FILGUEIRAS, Julio Cesar; **Psicologia: ciência e profissão, a polêmica em torno do conceito de estresse.** Juiz de Fora – MG. 1999

FIORELLI, José Osmir; MALHADAS JUNIOR, Marcos Julio Olivé Malhadas. **Psicologia nas relações de trabalho.** São Paulo: LTr, 2003

GOULART, Edward Junior; **Trabalho e estresse: identificação dos temas ocupacionais em trabalhadores de uma unidade administrativa de uma instituição.** Pública de ensino superior. Florianópolis. 2014

GRAZZIANO, E. S. **Estratégia para redução do stress e Burnout entre enfermeiros hospitalares.** São Paulo, 2003, 199 p. Disponível em: <http://pandora.cisc.usp.br/teses/disponíveis/83131/tde-22122003-160217/pt-br.php>. Acesso em: 10 Nov. 2019

OLIVEIRA, Rosalvo de Jesus, **Estresse do profissional de saúde no ambiente de trabalho: causas e consequências.** Rio de Janeiro. 2014

PADRO, Cláudia Eliza; **Estresse do profissional de saúde no ambiente de trabalho: causas e consequências.** UNICASTELO - SP 2015

SILVA, Leandra Carla; **O estresse ocupacional e as formas alternativas de tratamento.** São Paulo. 2015

MEDTRAB. Disponível em :< www.medtrab.ufpr.br//ESTRESSE%20OCUPACIONAL.pdf <acesso em 05 nov 2019.

SILVA, Júlia Fernandes da Costa; **Estresse ocupacional e suas principais causas e consequências.** Rio de Janeiro. 2010

IMPACTOS DA ACREDITAÇÃO HOSPITALAR E AS DIFICULDADES PARA MANTER A QUALIDADE NAS INSTITUIÇÕES ACREDITADAS¹

Cristiane de O. Alves²

Edinaldo C. Gomes³

Wllington Jorge dos Santos⁴

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo apresentar os impactos da Acreditação nas instituições de saúde acreditadas, analisar as dificuldades que essas instituições têm para manter a qualidade, através da aplicação da ferramenta benchmarking no processo de melhoria contínua, utilizando como métodos pesquisas de revisão bibliográfica, utilizando dados obtidos através da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Google Acadêmico e site da ONA. Os resultados obtidos são: Após a análise das pesquisas, destacamos a ausência de produções no Maranhão. Notamos também a ausência sobre a percepção do paciente em relação à melhoria contínua das instituições acreditadas, mas constatamos a presença da temática Acreditação. As conclusões sugerem futuros trabalhos para formulação de indicadores de serviços de saúde, para monitoramento dos impactos gerados pela acreditação nas instituições hospitalares; a utilização do *benchmarking* como ferramenta de gestão para contemplar as exigências pertinentes no processo de aprimorar as dificuldades que as instituições de saúde têm para manter a qualidade dos serviços.

Palavras-Chave: Saúde; Estresse; Ambiente de trabalho; Profissional;

INTRODUÇÃO

No Brasil a busca pela qualidade dos serviços de saúde se mostra cada vez mais forte. Os serviços inovadores que oferecem novos padrões tem encontrado sucesso no mercado onde os concorrentes não conseguem satisfazer os clientes/pacientes, que por sua vez estão cada vez mais exigentes. A preocupação com a qualidade nos serviços de saúde não é de hoje, mas de décadas, quando houve a necessidade de melhoria de uma era antiga.

Através do Ministério da Saúde é desenvolvido o Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar, baseado no Programa de Garantia e Aprimoramentos da Qualidade em Saúde, criado pela portaria GM/MS 1.107, de 14 de junho de 1995 e atualmente operacionalizado pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), cujo reconhecimento do Ministério da Saúde se deu por meio da portaria 538 de 17 de abril de 2001 (Azevedo et al. 2002). A ONA define 3 níveis de acreditação distintos, mas que se complementam. São eles: ONA Nível 1, Nível 2 e Nível 3.

Considerando o exposto, propõe-se a realização deste estudo, cujo objetivo é apresentar os impactos da Acreditação nas instituições de saúde acreditadas, relatando o conceito de qualidade e acreditação hospitalar; analisar as dificuldades que as instituições de saúde têm para manter a qualidade; o uso de indicadores como ferramenta de gestão e principalmente, através da aplicação

1 Trabalho apresentado para o III Congresso de Gestão Hospitalar da Faculdade Laboro em 2019.

2 Aluna do Curso de Gestão Hospitalar da Faculdade Laboro, e-mail: cristianedeo.alvez@hotmail.com

3 Aluno do Curso de Gestão Hospitalar da Faculdade Laboro, e-mail: ednaldo.camargoegc@gmail.com

4 Orientador(a) do trabalho. Professor(a) da Faculdade Laboro, e-mail: wllington.jorge@gmail.com

da ferramenta benchmarking contribuir para o processo de melhoria contínua, segurança do paciente e conseqüentemente dos profissionais de saúde.

QUALIDADE

O termo “qualidade” é complexo, tanto na definição, quanto na percepção. O desafio de se conceber um produto ou serviço com qualidade deve considerar as necessidades do cliente, mas, sem perder o foco das necessidades de existência da organização. A qualidade deve ser interpretada e traduzida com base em cinco abordagens: a transcendental, ou seja, como sinônimo de excelência; abordagem em manufatura ou prestação do serviço, com foco na ausência de defeitos ou serviços livres de erros com alcance de sua função planejada; a abordagem baseada no usuário, ou seja, o produto ou serviço adequado ao propósito de uso ou consumo; a abordagem com foco no produto ou serviço, cujo objetivo é garantir características mensuráveis que compõem as necessidades dos clientes; e por fim, a abordagem baseada no valor, agregar valor em nível que o cliente perceba a relação preço-valor agregado. Com essas abordagens, qualidade não tem uma definição simples, mas composta por todas essas concepções (GARVIN, 1984, p. 25).

Segundo Renesto (2004, p. 11), qualidade, no âmbito da prestação de serviços é apoiar-se em confiabilidade, surpresa, recuperação e integridade, ou seja, a criação de excelência em serviços.

Há várias maneiras de definir a qualidade. Para resumir, Maximiano (2012) apresentou um quadro com as definições mais importantes apresentadas na literatura.

Quadro 1. Definições da ideia de qualidade:

Excelência	“O melhor que se pode fazer. O padrão mais elevado de desempenho em qualquer campo de atuação”.
Valor	“Qualidade como luxo. Maior número de atributos. Utilização de materiais ou serviços raros, que custam mais caro”. “Valor é relativo e depende da percepção do cliente, seu poder aquisitivo e sua disposição para gastar”.
Especificações	“Qualidade planejada. Projeto do produto ou serviço.” “Definição de como o produto ou serviço deve ser”.
Conformidade	“Grau de identidade entre o produto ou serviço e suas especificações”.
Regularidade	“Uniformidade. Produtos ou serviços idênticos”.
Adequação ao uso	“Qualidade de projeto e ausência de definições

Fonte: Maximiano (2012, p. 159).

A qualidade tem uma definição bem complexa, mas podemos dizer que um dos conceitos relacionados à qualidade é o de avaliação. A qualidade é atribuída às coisas ou pessoas, que podem ser distinguidas entre si. Segundo Rodrigues et al., (2011, p. 23), a qualidade “permite avaliar, aprovar a aceitação ou a recusa de um bem ou serviço”.

ACREDITAÇÃO HOSPITALAR

A Acreditação é um método de avaliação e certificação que busca, por meio de padrões e requisitos previamente definidos, promover a qualidade e a segurança da assistência no setor de saúde. Para ser acreditada, a organização precisa comprovadamente atender aos padrões definidos pela ONA, reconhecidos internacionalmente (ONA 2019).

Realizado de forma voluntária e reservada, o método de avaliação para Acreditação não tem caráter fiscalizatório e constitui, essencialmente, um programa de educação continuada das organizações prestadoras de serviços de saúde, revisto periodicamente para estimular a melhoria contínua.

Por não ter caráter prescritivo, a metodologia de acreditação da ONA não traz recomendações específicas sobre ferramentas, técnicas, processos ou linhas metodológicas a serem seguidas por organizações que se submetem à avaliação.

Conforme a ONA, os padrões da acreditação são definidos em 3 níveis e com princípios orientadores específicos, a saber:

- **Nível 1 – Acreditado:** A organização de saúde cumpre ou supera, em 70% ou mais, os padrões de qualidade e segurança definidos pela ONA. São avaliadas todas as áreas de atividades da instituição, incluindo aspectos estruturais e assistenciais. Certificado válido por dois anos.
- **Nível 2 - Acreditado Pleno:** A organização precisa atender a dois critérios:
 1. cumprir ou superar, em 80% ou mais, os padrões de qualidade e segurança;
 2. cumprir ou superar, em 70% ou mais, os padrões ONA de gestão integrada, com processos ocorrendo de maneira fluida e plena comunicação entre as atividades. Certificado válido por dois anos.
- **Nível 3 - Acreditado com Excelência:** A organização precisa atender a três critérios:
 1. cumprir ou superar, em 90% ou mais, os padrões de qualidade e segurança;
 2. cumprir ou superar, em 80% ou mais, os padrões de gestão integrada;
 3. cumprir ou superar, em 70% ou mais, os padrões ONA de Excelência em Gestão, demonstrando uma cultura organizacional de melhoria contínua com maturidade institucional. Certificado válido por três anos. (ONA 2019)

Quadro 2. Instituições de saúde do Maranhão acreditadas na ONA

Nome	Cidade	Certificação	Validade
Hospital São Domingos	São Luís	Acreditado com Excelência	08/03/2020
HRO	São Luís	Acreditado Pleno	19/07/2021
São Luís Home Care	São Luís	Acreditado Pleno	26/09/2021
UDI HOSPITAL	São Luís	Acreditado com Excelência	26/06/2022

No Maranhão somente 6 instituições de saúde tem certificação na ONA. Especificamente 4 em São Luís são acreditadas. Isso mostra que há uma grande dificuldade na busca pela acreditação, pois o processo é criterioso e exige investimento financeiro.

Pode-se afirmar que como reflexo da disseminação e aprimoramento metodológico do Sistema Brasileiro de Acreditação, associado a fatores econômico e jurídico social, as organizações hospitalares públicas, privadas e filantrópicas, passaram paulatinamente a focalizar a sua atenção para a melhoria da qualidade de seus serviços. (CAMPOS, 2008).

Azevedo et al. (2002, p. 06) defende que o programa de Acreditação hospitalar contribui para suprir as necessidades das organizações hospitalares, onde o

estabelecimento de padrões mínimos possibilita uma assistência mais eficiente para os pacientes, um melhor ambiente de trabalho, um melhor desempenho da instituição e, em consequência, uma maior confiança da sociedade. Além disso, por meio de sua metodologia, a Acreditação hospitalar propicia a educação permanente do pessoal de serviço e de seus líderes expressa por um instrumento de avaliação dos recursos institucionais, e que se constitui, essencialmente, de um programa de educação continuada. Principalmente, em se tratando de instituições privadas, os processos de Acreditação conferem um diferencial competitivo de mercado, sinalizando o reconhecimento dos padrões de qualidade e segurança na assistência bem como a busca contínua pela melhoria, uma vez que a Acreditação não se limita a uma única fotografia da instituição, mas é edificado um ciclo de melhoria a cada nova visita do órgão acreditador (BONATTO, 2007; PERTENCE; MELLEIRO, 2010; JOINT COMMISSION, 2011 apud ALÁSTICO; TOLEDO, 2012).

Para que os gestores alcancem os objetivos quanto à ferramenta Benchmarking para manter a qualidade nas instituições acreditadas, é necessário que sejam capacitados e capacite seus colaboradores, colocando em prática essa ferramenta, acompanhando de perto e comparando seus resultados com o de outras instituições, garantindo segurança e qualidade nos processos de melhoria contínua, gestão de qualidade, liderança, gerenciamento de risco e gestão de cuidados. Todas as pessoas da instituição de saúde estejam elas no nível estratégico, tático ou operacional precisam estar engajadas, pois são elas que irão fazer a diferença necessária para garantir a acreditação e manter a qualidade na organização hospitalar. A acreditação hospitalar causa um ponto de ruptura, mudança na cultura organizacional, melhoria contínua da qualidade nas instituições trazendo grande impacto social e o diferencial no mercado.

INDICADORES HOSPITALARES

A Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS (2002) afirma que os indicadores em saúde são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde.

Os indicadores são importantes porque expressam e documentam fatos e fenômenos em ambientes complexos, como o da saúde. Eles contribuem para o aprendizado organizacional e fazem diferença no alcance dos objetivos estratégicos da empresa (SINDHOSP, 2007).

Para Martins; Travassos; Noronha (2001), a análise comparativa de indicadores de resultado dos cuidados de saúde constitui importante instrumento para o monitoramento do desempenho dos prestadores de serviços, sobretudo daqueles que prestam cuidado hospitalar.

No entendimento do Ministério da Saúde (2006b), para o acompanhamento, avaliação e monitoramento de objetivos e metas alcançadas são utilizados indicadores que reflitam o alcance (ou

não) dessas metas, indicadores esses que podem significar/representar os processos instalados e/ou produtos obtidos.

Hoje, com o avanço da informática e o desenvolvimento dos sistemas hospitalares, a disponibilidade de um conjunto de informações e dados estratificados para a construção de indicadores vem aumentando significativamente. (DUARTE; FERREIRA, 2006)

Segundo Nepote (2008) é preciso sair do empírico e passar a mensurar os fatos, medir resultados e multiplicar o conhecimento e aprendizados, pois deste modo, torna-se possível à discussão baseada em indicadores reais.

De forma geral, este estudo propõe a aplicabilidade do benchmarking nas instituições acreditadas para a análise comparativa de indicadores de serviços que resultam dos serviços de saúde. Como instrumento dessa ferramenta, os indicadores servem para monitoramento do desempenho dos prestadores dos serviços hospitalares. Entre algumas atitudes básicas, propostas por Bittar (2000), e que são necessárias para a obtenção de bons resultados dentro dos programas de qualidade consta a utilização do *benchmarking* tanto interna como externamente para comparação de processos e resultados. Bittar (2008) reforça que *Benchmarking* pode ser entendido como o ato de comparar sistematicamente informações, proporcionando uma forma metodológica para alertar os responsáveis pelas instituições a sua posição no mercado, as ocorrências de eventos e sinais normais e anormais nos programas e serviços técnicos e administrativos, bem como presta contas à sociedade, acionistas e proprietários dos resultados organizacionais por eles esperados. Os benefícios apontados pela ONA (2006a) para utilização do *benchmarking* são: introdução de novos conceitos de avaliação; melhor conhecimento da própria organização; melhor conhecimento dos principais concorrentes e do nível competitivo existente; aprender com os melhores; indicação de prioridades para as ações de melhoria; fixar objetivos e metas mais viáveis e realistas; atingir novos patamares de desempenho; desenvolvimento de uma cultura mais aberta ao exterior e à avaliação.

METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão bibliográfica. Os artigos foram selecionados na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e Google Acadêmico. Foram utilizados os descritores: Acreditação, Melhoria de qualidade, Serviços de saúde e indicadores hospitalares. Os critérios de inclusão utilizados: artigos de periódicos disponíveis online em português ou inglês. Os artigos selecionados por meio do título e resumo, foram verificados de acordo com o tema proposto neste estudo, resumindo um total de 14 artigos dos quais 9 foram utilizados nesta pesquisa. Foram também utilizados dados oficiais do site da ONA em relação à definição de Acreditação, os níveis de acreditação e a quantidade de instituições acreditadas no Maranhão.

RESULTADOS

Tabela 3. Artigos publicados sobre Acreditação e Qualidade (2005 a 2018).

Título / Periódico	Objetivo geral da pesquisa	Metodologia	Autores	Ano	Resultados
<p>Artigo 1 Título: História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação Periódico: Acta Paul Enferm</p>	<p>A implantação e implementação de um processo permanente de melhoria da assistência à saúde estimulando os serviços a atingirem padrões mais elevados de qualidade.</p>	<p>Trata-se de revisão de literatura</p>	<p>Liliane Bauer Feldman; Maria Alice Fortes Gatto; Isabel Cristina Kowal Olm Cunha.</p>	<p>2005</p>	<p>Após reflexão, considerou-se que nas avaliações dos serviços faz-se necessário buscar a valorização dos resultados assistenciais bem como a elaboração de padrões quali – quantitativamente mais equânimes nos aspectos estrutura, processos e resultados da qualidade assistencial.</p>
<p>Artigo 2 Título: Aprimoramento do Programa IHMG - Novo rol de indicadores gerenciais Periódico: RAHIS - Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde</p>	<p>Construir uma base de dados acerca dos hospitais representado pela AHMG e, a partir daí, elaborar, implementar, analisar e divulgar indicadores descritivos e gerenciais de forma estruturada e periódica.</p>	<p>Caracterizado como descritivo</p>	<p>Gianni Brighenti; Lara Stael Cristina Gonçalves; Lasmar Gabrielle Xavier</p>	<p>2009</p>	<p>Dos 66 hospitais filiados à AHMG e que participam do PRO-HOSP e/ou ONA apenas 12% estão participando do programa IHMG. Portanto, o alinhamento do IHMG aos programas ONA e PRO- HOSP, que são os programas de qualidade mais difundidos dentro do setor hospitalar mineiro, poderá fazer do IHMG um programa mais atrativo para os hospitais, tornando a perspectiva de ampliação da adesão dos mesmos ao programa mais latente.</p>
<p>Artigo 3 Título: Acreditação Hospitalar: a certeza do cuidado com excelência Periódico: Revista de enfermagem UFPE <i>on line</i>.</p>	<p>Buscar a história da acreditação hospitalar no Brasil; definir o conceito da acreditação hospitalar; analisar dados referentes à acreditação hospitalar.</p>	<p>Trata-se de uma revisão bibliográfica.</p>	<p>Sílvia Maria de Carvalho Farias; Olga Lúcia Teixeira de Carvalho; Ednéia de Oliveira Ernestino; Fabiana Conceição A. Silva; Mariana Saraiva Porte Fernandes; Márcia Adonais Pinto; Edwalds Marques Farias Júnior; Maria Odete Pereira; Sonia Filipini;</p>	<p>2010</p>	<p>Percebemos nesse enfoque do estudo que a história do primeiro Manual Brasileiro de Acreditação confunde-se com o surgimento da ONA; de modo que integra a common goal.</p>

<p>Artigo 4 Título: Acreditação hospitalar x qualidade dos serviços de saúde</p> <p>Periódico: Revista de pesquisa: cuidado fundamental online</p>	<p>Verificar como a temática acreditação e/ou avaliação dos serviços de saúde está sendo abordada na literatura</p>	<p>Se caracteriza em uma revisão integrativa da literatura.</p>	<p>Mônica Simões da Motta Duarte; Zenith Rosa Silvino</p>	<p>2010</p>	<p>É destacada que a acreditação evolui e agrega novas iniciativas para aumentar a qualidade da atenção, sendo necessária uma mudança na cultura institucional, pois não evita a ocorrência de erros profissionais, sendo preciso reconhecê-los e detectar suas origens. No que se refere à Enfermagem, o movimento pela qualidade é uma necessidade incorporada à gestão a fim de se assegurar a assistência livre de riscos ao usuário, o que implica na conscientização de toda a equipe.</p>
<p>Artigo 5 Título: Acreditação e melhoria da assistência hospitalar no Brasil: uma revisão integrativa</p> <p>Periódico: Assoc Educacional Dom Bosco</p>	<p>Analisar as contribuições do processo da acreditação para a melhoria da assistência hospitalar das organizações de saúde no Brasil.</p>	<p>O método utilizado foi a revisão integrativa da literatura.</p>	<p>Fátima Ferreira Roquete; Camila Cristina Teixeira; Vanessa de Almeida</p>	<p>2015</p>	<p>Observou-se que, na implementação do processo de Acreditação, a segurança dos profissionais ao executar o serviço, devido à adoção de ferramentas de gestão e a presença de metas de segurança do paciente preconizadas pela Instituição Acreditadora é o que se utiliza para a melhoria do atendimento ao paciente/cliente/usuário, não sendo identificados outros indicadores que permitissem elucidar a melhoria da assistência hospitalar.</p>

<p>Artigo 6 Título: Política de qualidade, acreditação e segurança do paciente em debate Periódico: Revista Baiana de Saúde Pública</p>	<p>Discutir a tríade qualidade, acreditação hospitalar e segurança.</p>	<p>Trata-se de estudo de revisão não sistemática da literatura.</p>	<p>Vera Lúcia Peixoto Santos Mendes; Almerinda Luedyc; Ângela Tamiko Sato Tahar; Gilberto Tadeu Reis Silva</p>	<p>2016</p>	<p>Os resultados revelam que, no Brasil, mesmo sem uma Política Nacional de Qualidade em Saúde estabelecida nos marcos regulatórios e formalmente institucionalizada, o Ministério da Saúde define estratégias que estimulam o controle e a garantia de qualidade em serviços de saúde, tais como: projetos de humanização da atenção, programas de acreditação e o Programa Nacional de Segurança do Paciente, que podem contribuir para institucionalização das práticas de qualidade em serviços de saúde no País, embora de modo fragmentado e não linear.</p>
<p>Artigo 7 Título: Melhorias na Qualidade dos Serviços de Saúde no Brasil: uma revisão bibliográfica sistemática Periódico: Revista Eletrônica Gestão & Saúde</p>	<p>Conhecer e compreender os aspectos que se relacionam ao tema gestão da qualidade dos serviços de saúde no Brasil, que englobam acreditação hospitalar, medição de desempenho e práticas e ações de melhoria contínua.</p>	<p>Este estudo apresenta uma revisão bibliográfica sistemática</p>	<p>Ana Paula Hayashi; Carolina Belotti Pedroso</p>	<p>2016</p>	<p>Os resultados da pesquisa apontam que 58% dos artigos encontrados no sistema de busca estão relacionados com medição de desempenho. Em seguida, as práticas e ações utilizadas nas melhorias representam 23% dos artigos e 19% dos artigos estão relacionados à acreditação hospitalar.</p>
<p>Artigo 8 Título: Acreditação hospitalar como resultado de planejamento e estratégia em Gestão da qualidade e segurança dos Pacientes Periódico: Revista Dom Acadêmico</p>	<p>Revisar e discutir ferramentas de certificação em qualidade em serviços de saúde a partir de uma análise dos processos que convergem da estratégia das Instituições e da Gestão da Qualidade.</p>	<p>Pesquisas bibliográficas do assunto, alguns roteiros para implantação de sistemas de gestão da qualidade, voltados para o alcance de uma Acreditação hospitalar.</p>	<p>Weslei de Freitas Brochier; Dra. Marcela Lima Cardoso Selow</p>	<p>2017</p>	<p>Resulta na Acreditação hospitalar que carrega, além de um selo de qualidade reconhecido, um legado importante para a instituição de saúde e principalmente, para a segurança dos pacientes.</p>

<p>Artigo 9 Título: Instrumentos para avaliação de resultados de programas de melhoria da qualidade: Revisão integrativa Periódico: Rev baiana enferm</p>	<p>Avaliar os resultados de programas de melhoria da qualidade no contexto hospitalar.</p>	<p>Revisão integrativa de artigos publicados, no período de 2003 a 2016.</p>	<p>Graziela Caldana; Leticia Cristina Hirovani; Carmen Silvia Gabriel; Larissa Gutierrez de Carvalho Silva; Andrea Bernardes</p>	<p>2018</p>	<p>Foram identificados 12 instrumentos com diferentes métodos de avaliação, a saber: questionários, entrevistas semiestruturadas, <i>checklists</i>, análise documental e estudos de caso.</p>
--	--	--	--	-------------	--

Após a análise das pesquisas, destacamos a ausência de produções no Maranhão. Notamos também a ausência sobre a percepção do paciente em relação à melhoria contínua das instituições acreditadas, mas constatamos a presença da temática Acreditação.

De acordo a tabela 3, o artigo 1 teve como impacto na construção deste trabalho o conceito histórico mundial no surgimento do programa de padronização de melhoria na qualidade dos serviços de saúde e buscar a evolução da melhoria contínua na acreditação através da implantação e implementação de um processo permanente de melhoria da assistência à saúde estimulando os serviços a atingirem padrões mais elevados de qualidade. O artigo 2, traz grande impacto para a Acreditação quando relata seus indicadores proposto e que tem como finalidade ampliar a perspectiva de aprendizado organizacional dos hospitais participantes do programa na busca contínua em melhorar a gestão e a qualidade do serviço. O artigo 3 se preocupa em relatar a história do Sistema Brasileiro de Acreditação e informa que vem evoluindo a cada ano de forma positiva. Já no artigo 4 analisamos a temática e/ou avaliação dos serviços abordados na literatura, avaliando a qualidade no serviço de saúde nos os três níveis: Primário, Secundário e Terciário.

É válido ressaltar que o artigo 5 objetiva analisar as contribuições do processo da acreditação para a melhoria da assistência hospitalar das organizações de saúde no Brasil. Nesse sentido, observamos que a implementação de ferramentas é o que se utiliza para melhoria da assistência no atendimento ao usuário. O artigo 6 traz uma reflexão sobre a institucionalização da Política de Qualidade em Serviços de Saúde no Brasil e se discute a qualidade no âmbito da Política de Saúde no País, suas abordagens e trata a acreditação como uma ferramenta de avaliação da qualidade, enfocando a segurança do paciente.

O artigo “Melhorias na Qualidade dos Serviços de Saúde no Brasil: uma revisão bibliográfica sistemática” trata de investigar as principais práticas de melhorias e indicadores de desempenho utilizados no setor da saúde. O artigo 8 aborda a importância de uma sequência estruturada em um processo de certificação e os desafios que devem ser vencidos pelas instituições de saúde no caminho rumo às melhorias em seus serviços. E de acordo com o artigo 9, os estudos destacaram que os resultados de programas de melhoria da qualidade no contexto hospitalar registraram melhora na qualidade assistencial, na segurança e satisfação do paciente e na infraestrutura.

Fica evidente que os indicadores são importantes porque expressam e documentam fatos e

fenômenos em ambientes complexos, como o da saúde. Eles contribuem para o aprendizado organizacional e fazem diferença no alcance dos objetivos estratégicos da empresa (SINDHOSP, 2007).

No entanto, tão importante quanto documentar fatos na área da saúde, é necessário que a gestão faça uma análise comparativa desses indicadores para o monitoramento do desempenho dos prestadores de serviços, sobretudo daqueles que prestam cuidado hospitalar, pois somente os indicadores não é o suficiente para trazer as soluções de todos os problemas, entretanto, trata-se de uma valiosa ferramenta de gestão para balizar as tomadas de decisões do administrador hospitalar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos estudos apresentados na presente revisão, este trabalho teve como objetivo principal apresentar os impactos da Acreditação nas instituições de saúde, e através da aplicação do instrumento benchmarking no processo de melhoria contínua, direcionar o gestor na tomada de decisão, seja no nível organizacional – estratégico, tático ou operacional.

Sugerimos ainda futuros trabalhos para formulação de indicadores de serviços de saúde, para monitoramento dos impactos gerados pela acreditação nas instituições hospitalares.

Por fim, concluímos que é preciso haver iniciativas das instituições acreditadas para o acompanhamento e monitoramento dos indicadores para que os gestores façam a análise comparativa em relação às outras instituições visando manter a qualidade na busca de melhoria contínua.

REFERÊNCIAS

BRIGHENTI G.; GONÇALVES L. S.C.; XAVIER L. G. **Aprimoramento do Programa IHMG - Novo rol de indicadores gerenciais**. RAHIS - Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde, p.9-21, jan/jun, 2009.

BROCHIER W. F.; SELOW M. L. C. **Acreditação hospitalar como resultado de planejamento e estratégia em Gestão da qualidade e segurança dos Pacientes**. Revista Dom Acadêmico, Curitiba, v.2, n.1, p.237-244, jan/jun.2017.

CALDANA G.; HIROTANI L. C.; GABRIEL C. S.; SILVA L. G. C.; BERNARDES A. **Instrumentos para avaliação de resultados de programas de melhoria da qualidade: Revisão integrativa**. Rev baiana enferm, p.1-14, 2018.

DUARTE M. S. M.; SILVINO Z. R. **Acreditação hospitalar x qualidade dos serviços de saúde**. R. pesq.: cuid. fundam. online. out/dez, vol. 2, p.182-185, 2010.

FARIAS S. M. C.; CARVALHO O. L. T.; ERNESTINO E. O.; SILVA F. C. A.; FERNANDES M. S. P.; PINTO M. A.; JÚNIOR E. M. F.; PEREIRA M. O.; FILIPINI S. **Acreditação Hospitalar: a certeza do cuidado com excelência**. Rev enferm UFPE *online*. abr./jun. v.4, p.1076-080, 2010.

FELDMAN L. B.; GATTO M. A. F.; CUNHA I. C. K. O. **História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação**. Acta Paul Enferm, p.213-219, 2005.

HAYASHI A. P.; PEDROSO C. B. **Melhorias na Qualidade dos Serviços de Saúde no Brasil: uma revisão bibliográfica sistemática.** Rev. Gest.Saúde (Brasília) Vol.07 (Supl. 1), jul. 2016. p.1089-1103.

MENDES V. L. P. S.; LUEDYC A.; TAHAR A. T. S.; SILVA G. T. R. **Política de qualidade, acreditação e segurança do paciente em debate.** Revista Baiana de Saúde Pública, v. 40, supl. 1, p. 232-249, jan./mar. 2016.

ROQUETE F. F.; TEIXEIRA C. C.; ALMEIDA V. **Acreditação e melhoria da assistência hospitalar no Brasil: uma revisão integrativa,** Assoc Educacional Dom Bosco, 2015

ONA, O que é Acreditação, 2019. Disponível em: <<https://www.ona.org.br/acreditacao/o-que-e-acreditacao>> acesso em: 15 nov 2019.

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO NA SALA DE VACINA

Eduardo Pistelli Júnior¹

Thamires Messias Figueiredo²

Ilka Cassandra Belfort³

RESUMO

Objetivo: Criar um fluxograma de atendimento de sala de vacina. **Métodos:** uma revisão da literatura, sobre uso adequado do índice de adiposidade visceral na identificação de comorbidades em adultos, onde foi realizado levantamento bibliográfico eletrônico de artigos científicos (em inglês e português), nas bases de dados Pubmed e Science Direct, acessados através do portal de periódicos para subsídios de criação do fluxograma da sala de vacina. **Resultados:** Os profissionais de saúde, como responsável pela educação para o trabalho deve ter conhecimento dentro as áreas para estabelecer uma relação entre a teoria e a prática e propor intervenções frente às dúvidas que envolvam a busca das necessidades, o estabelecimento de metas e de objetivos. **Conclusão:** A implantação de uma ferramenta que auxilie na assistência identificando as possíveis barreiras locais, as peculiaridades do serviço, a vulnerabilidade social e o número de adstrição poderá possibilitar a programação de ações, com o objetivo de melhorar o acesso e o acolhimento dos usuários em salas de vacina.

Palavras-Chave: Fluxograma, Profissionais de Saúde, Imunização, Prevenção.

INTRODUÇÃO

Desde a reformulação das políticas de saúde no Brasil, em 1988, com o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da Constituição Federal, várias políticas públicas de saúde foram criadas e, com elas, normas e programas fundamentais para o cumprimento de metas estabelecidas nos pactos de saúde. Entre as estratégias atuais mais importantes está o Programa Nacional de Imunização (PNI) (FERREIRA *et al.*, 2014).

Sabe-se que esta iniciativa existe de forma semelhante em várias partes do mundo e tem apoio da Organização Mundial de Saúde (OMS) no combate e erradicação de doenças (LIMA; MOLINA, 2015). No Brasil, algumas das experiências mais exitosas do SUS está vinculada à redução dos índices de doenças preveníveis por vacinação. Estudos relatam redução em índices de patologias que antes eram responsáveis por grandes taxas de morbimortalidade no país (FERREIRA *et al.*, 2018).

Ballalai e Bravo (2016) reforçam que, a imunização é de suma importância para efetivar a ação de estratégia da Atenção Primária à Saúde. E este serviço tem sido otimizado, desde a criação do Programa Nacional de Imunizações (PNI) na década de 1970, e vem sofrendo adequações a partir de dados epidemiológicos, garantindo assim, através da prevenção, uma economia real, que evita gastos públicos com internações referentes à atenção secundária e terciária à saúde.

Assim, em todo o mundo, diversas são as campanhas de vacinação executadas em calendário

1 Aluno do Curso de Gestão Hospitalar da Faculdade Laboro, e-mail: eduardopistellijunior02@gmail.com

2 Aluna do Curso de Gestão Hospitalar da Faculdade Laboro, e-mail: thamiresmfigueiredo@gmail.com

3 Orientador(a) do trabalho. Professor(a) da Faculdade Laboro, e-mail: ilkabelfort@gmail.com

pré-estabelecido pelo governo correspondente, modificando positivamente as taxas de classes de doenças e até mesmo as prioridades das políticas públicas, que em muitos países, já se deparam com uma realidade de doenças crônicas ao invés de patologias associadas à imunização (MUSCAT *et al.*, 2015).

Estas políticas transformaram o estado de saúde da população ao longo dos anos, porém, conforme novas metas são atingidas, os desafios também crescem e devem considerar os determinantes relacionados como as desigualdades sociais ou dificuldades de acesso à educação, por exemplo (FERREIRA *et al.*, 2018).

Sendo relevante abordar sobre a Rede de Frio o Ministério da Saúde (2013) caracteriza-se por especificidades de natureza técnico-administrativa e logística, orientadas pelo PNI, com a finalidade de assegurar o bom funcionamento da cadeia de frio, isto é, o processo logístico aplicado à conservação adequada dos imunobiológicos, garantindo a preservação de suas características originais.

Ao que se refere especialmente as salas de vacina, Ferreira *et al.* (2014) destacam que a Atenção Primária, através das UBS (Unidades Básicas de Saúde), caracteriza as principais formas de cuidado e prevenção das doenças que mais afetam a população brasileira. Portanto, deve oferecer condições físicas, recursos humanos, materiais adequados e procedimentos atualizados para oferecer qualidade de forma que se reverta em bons indicadores.

No que se refere a qualificação profissional e recursos materiais há também cuidados pré-estabelecidos. As vacinas, por exemplo, devem ser manipuladas, transportadas e armazenadas em condições ideais. E, por fim, há ainda a necessidade de sensibilização de toda a equipe de enfermagem para a importância destas ações. Além disso, a enfermagem, como categoria mais envolvida no processo, deve envolver-se desde a graduação, através de abordagens curriculares teóricas e práticas. E, até mesmo após o curso, com atualizações acessíveis e abordagens frequentes à toda a equipe multiprofissional e comunidade sobre o tema (FERREIRA *et al.*, 2014).

Nesse contexto, Siqueira *et al.* (2017) expõem que a qualidade da avaliação, funcionamento e estrutura das salas de vacina são atividades complexas e necessárias, pois possibilitam identificar os elementos relevantes no desenvolvimento do trabalho e a verificação dos serviços ofertados na sala no tocante de atender ou não às orientações do PNI. Uma vez que, mesmo com tantas políticas públicas voltadas para otimizar tais atividades, há dificuldades em avaliar com regularidade esses serviços e nem sempre existe o controle efetivo e o estímulo suficiente para impactar essa realidade.

Assim, o bom funcionamento das salas de vacina na atenção primária é uma das estratégias mais importantes na prevenção e controle de doenças do Sistema Único do Sus (SUS), nesse sentido, conhecer a organização, execução e estrutura relacionadas a implicar efetividade das imunizações, a constatação de planejamentos exitosos ou não e formulações de políticas públicas mais adequadas.

Partindo desse pressuposto, esse estudo teve por objetivo a criação de uma ferramenta de gestão um fluxograma de atendimento de sala de vacina que auxiliasse os profissionais a prestar uma assistência mais assertiva, além de auxiliar no levantamento de indicadores que será de suma importância para o melhoramento da assistência.

JUSTIFICATIVA

Conceitualizar o fluxograma, descrevendo seus vários tipos e funcionalidades, ele é expressivo ao afirmar que os mesmos não devem ser superestimados. Os fluxogramas são bonitos e ajudam na compreensão e análise dos processos, mas que são apenas parte da documentação dos processos. a inserção de fluxogramas é enriquecedor para o ambiente de trabalho, pois facilita a interpretação conjunta e contribui para a visualização do fluxo de trabalho do processo documentado.

Para tanto, o uso do fluxograma em atendimento de sala de vacina confere as seguintes vantagens: visão de conjunto do processo, visualização de detalhes críticos do processo, identificação do fluxo do processo e das interações entre os subprocessos, identificação dos pontos de controle potenciais (indicadores) e identificação das inconsistências e pontos frágeis.

METODOLOGIA

Este trabalho foi uma revisão da literatura, sobre a implantação de um fluxograma de atendimento de sala de vacina onde foi realizado levantamento bibliográfico eletrônico de artigos científicos (em inglês e português), nas bases de dados Pubmed e Science Direct, acessados através do portal de periódicos, durante o período de agosto a outubro de 2019.

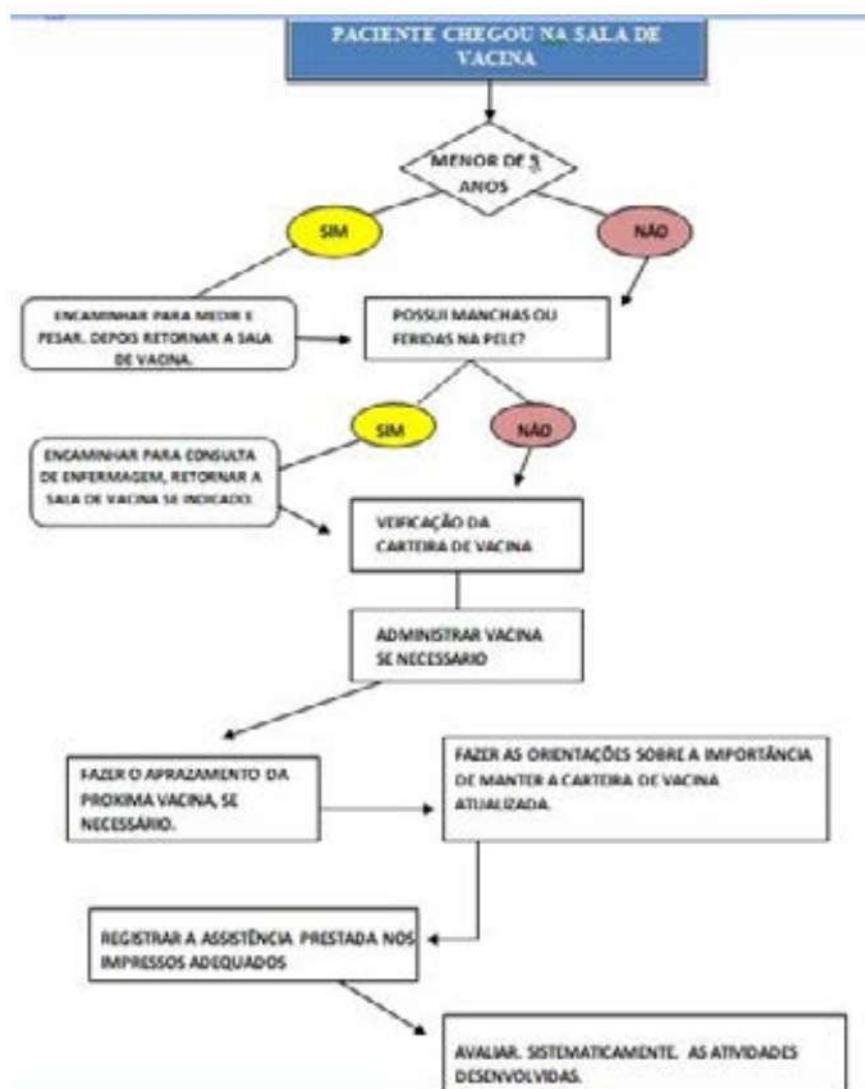
Durante a busca, foram utilizados os descritores índice de sala de vacina, organização e funcionamento da sala de vacina, ferramentas de gestão respectivamente nessa ordem, separados por vírgula e escritos por extenso na língua inglesa sem a inserção dos termos “and” e/ou “or” entre as palavras.

Após a busca através da combinação de descritores, foram aplicados filtros com os seguintes critérios de inclusão: ano de publicação (até 8 anos atrás), público alvo do estudo (humanos adultos), título e resumo. Durante a análise do título, e posteriormente, do resumo, foram adotados os seguintes critérios: se os títulos e os resumos relacionam índice de adiposidade visceral. Os artigos de revisão foram excluídos.

Para criação do fluxograma foi utilizado o Office Microsoft Word 2010.

RESULTADOS

A criação do fluxograma de sala de vacina, propiciar a criação de uma disciplina mental, considerando que o mesmo explicita como uma atividade está sendo realizada e como ela deveria estar sendo realizada, ou seja, condicionará a realização de todo o processo a fim de que o mesmo se torne um hábito. Com o fluxograma permite uma comparação entre a prática e a teoria, como os processos são efetivados e como eles deveriam ser, ou seja, ele evidencia os pontos em que as regras não estão sendo claras, ou estão sendo desobedecidas. O profissional de vacina é uma das pessoas do SUS responsáveis pela eficiência e eficácia do PNI, através do uso correto e funcional do fluxograma, a sala de vacinação terá uma rede de vacinação bem estruturada e harmoniosa se na linha de frente o profissional não for proativo, resolutivo, responsável, comunicativo e capaz de criar vínculo com usuário; e para isso entende-se que o acolhimento como tecnologia permitirá que se analise o processo de trabalho em saúde com foco nas relações, possibilitando mudanças quando se fazem necessárias em relação ao profissional/usuário.



O acolhimento é compreendido como uma tecnologia do encontro, ou seja, um método que nos permite interagir com outras pessoas, um modo de nos relacionarmos com o nosso cliente e/ou usuário, nos permitindo a construção de um relacionamento profissional respeitoso, de confiabilidade mútua.

A abordagem do usuário de sala de vacina pelo profissional de enfermagem se dá através das cadernetas de vacinação, ou seja, com base técnica, pois se baseia nas idades, explicando a técnica de aplicação dos imunobiológicos, os possíveis efeitos adversos e terapêuticos e nos aprazamentos e registros da sala de vacina.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A busca por conhecimento, partindo do próprio profissional, foi inerente ao ser ator profissional ativo da cena de formação e do trabalho, em permanente produção de conhecimento, diante de uma realidade de se trabalhar em sala de vacina que se apresenta pouco frequente, não integrativa e insuficiente. O contexto é de uma realidade onde a educação em saúde se faz necessária frente à complexidade e às mudanças constantes do saber em sala de vacina.

Os profissionais de saúde, como responsável pela educação para o trabalho deve ter conhecimento dentre as áreas para estabelecer uma relação entre a teoria e a prática e propor inter-

venções frente às dúvidas que envolvam a busca das necessidades, o estabelecimento de metas e de objetivos além da implantação de uma ferramenta que auxilie na assistência identificando as possíveis barreiras locais, as peculiaridades do serviço, a vulnerabilidade social e o número de adstrição poderá possibilitar a programação de ações, com o objetivo de melhorar o acesso e o acolhimento dos usuários em salas de vacina.

Além disso, a ampliação do acesso implicará em mais chances de proteção contra as doenças imunopreveníveis e contribuir no planejamento e avaliação dos resultados para se ter uma boa avaliação da assistência prestada nas salas de vacina na atenção primária

REFERÊNCIAS

BALLALAI, Isabella; BRAVO, Flávia. **Imunização: tudo o que você sempre quis saber**. Rio de Janeiro: RMCOM, 2016.

FERREIRA, Ariana Vitalina et al. Acesso à sala de vacinas nos serviços de atenção primária à saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 19. 2014. Disponível em <<http://dx.doi.org/105216/ree.v19.42468>>. Acesso em 03 out. 2018.

FERREIRA, Vinicius Leati de Rossi et al. Avaliação de coberturas vacinais de crianças em uma cidade de médio porte (Brasil) utilizando registro informatizado de imunização. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 9, e00184317, 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000905002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 30 set. 2018.

HERNANDEZ-GARCIA, Ignacio et al. Vacunación antigripal en estudiantes de enfermería durante la temporada 2014-2015. **Rev. Esp. Salud Pública**, Madrid, v. 89, n.6, p.615-625, dez. 2015. Disponível em <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272015000600009&lng=es&nrm=iso>. Acesso em 03 out. 2018.

LIMIA SANCHEZ, Aurora; MOLINA OLIVAS, Marta. Programa y coberturas de vacunación frente a sarampión y rubeola en España: retos para alcanzar su eliminación. **Rev. Esp. Salud Pública**, Madrid, v. 89, n. 4, p. 357-364, ago. 2015. Disponível em <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272015000400004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 03 out. 2018.

MARTIN-IVORRA, Rosa et al. Actividades para captar y vacunar a la población susceptible en la Comunidad Valenciana. **Rev. Esp. Salud Pública**, Madrid, v. 89, n. 4, p. 419-426, agosto 2015. Disponível em <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272015000400010&lng=es&nrm=iso>. Acesso em 03 out. 2018.

MUSCAT, Mark et al. Situación del sarampión y la rubéola en la Región Europea de la OMS. **Rev. Esp. Salud Pública**, Madrid, v. 89, n. 4, p. 345-351, agosto 2015. Disponível em <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272015000400002&lng=es&nrm=iso>. Acesso em 03 out. 2018.

OLIVEIRA, Valéria Conceição de et al. Avaliação da qualidade de conservação de vacinas na Atenção

Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 3889-3898, 2014.

SATO, A. P. S. Programa Nacional de Imunização: Sistema Informatizado como opção para novos desafios. **Rev. Saúde Pública**, 2015. Disponível em: <<http://www.periodicos.usp.br/rsp/article/view/101899/100367>>. Acesso em: 03 out. 2018.

SIQUEIRA, Leila das Graças et al. Avaliação da organização e funcionamento das salas de vacina na Atenção Primária à Saúde em Montes Claros, Minas Gerais. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, p. 557-568, 2017.

A IMPLEMENTAÇÃO DO BIG DATA COMO FERRAMENTA DE GESTÃO HOSPITALAR¹

Elane Bezerra de Oliveria²

Thalia do Nascimento Alves³

Josenilson Neves Ferreira⁴

RESUMO

O BigData é uma ferramenta tecnológica, sendo que por meio desse mecanismo é criada uma base de dados, e esses dados podem ser utilizados como meio de gerir diversas instituições. A gestão hospitalar compreende um sistema integrado de ações executadas por profissionais de múltiplas áreas, onde a diretriz é garantir que os pacientes tenham um tratamento digno. A presente pesquisa comporta objetivos, sendo eles divididos em geral e específicos nos quais abordam, respectivamente, a estrutura da gestão hospitalar, e especificamente, as vantagens em utilizar ferramentas tecnológicas para ajudar no desenvolvimento da gestão hospitalar. A problemática da pesquisa tem como foco analisar de que maneira o BigData pode ser um meio essencial para a gestão hospitalar através do acesso a base de dados dos pacientes. Quanto a metodologia da pesquisa consiste em uma revisão bibliográfica de natureza qualitativa, tendo como método de abordagem o dedutivo, e esse método se caracteriza pela realização de análises gerais para específicas.

Palavras-Chave: Gestão. Hospital. BigData.

INTRODUÇÃO

Por meio da tecnologia a gestão hospitalar pode ser afetada em várias dimensões, uma vez que as ferramentas tecnológicas apresentam inúmeras vantagens, como por exemplo, a criação de um prontuário eletrônico, onde por meio desse prontuário poderá ser criado um histórico clínico universal, e esses meios devem ser alocados em todo o sistema único de saúde, ou seja, interligando todas as áreas do país, o que faz com que as informações sejam mais fáceis de serem acessadas, e irão nortear os agentes de saúde, assim como os pacientes sem distinção de qualquer natureza.

O ponto forte da inovação é a criação de um sistema de informação de acesso universal, poderá ser criado um sistema de Big Data, onde nesse sistema estarão dispostos os prontuários, entre outros dados essenciais, e outros serviços como o agendamento de consultas; assim como criar um alerta para transplantes de sangue, órgão e até mesmo medula óssea, ou seja, um todo sistema estruturado e interligado com o intuito de guiar a gestão hospitalar quanto a utilização dos recursos tecnológicos em prol de salvar a vidas pessoas. Existem estudos com foco na utilização de prontuários eletrônicos, contudo, a presente ideia tem como diretriz ir além e criar um sistema de alarme abrangendo todos os Estados da Federação, onde seja em qualquer parte do país, um paciente poderá acessar informações acerca de todo o histórico clínico da sua condição de saúde, e tudo isso presente em uma rede de dados.

1 Trabalho apresentado para o III Congresso de Gestão Hospital da Faculdade Laboro em 2019.

2 Aluno do Curso de Gestão Hospitalar da Faculdade Laboro, e-mail: xxx@laboro.com

3 Aluno do Curso de Gestão Hospitalar da Faculdade Laboro, e-mail: xxx@laboro.com

4 Orientador (a) do Trabalho. Professor (a) da Faculdade Laboro. e-mail: xxx@laboro.com

Objetivo Geral

Em aspecto geral a pesquisa tem como foco analisar o processo de gestão hospitalar.

Objetivos específicos

- Analisar a influência do processo de globalização no surgimento da tecnologia
- Analisar a aplicação do Big Data na gestão hospitalar
- Investigar a importância dos prontuários eletrônicos

Justificativa

O trabalho se justifica diante da importância em se criar ferramentas de Gestão Hospitalar para tornar o atendimento mais eficiente, ou seja, com o atendimento mais eficiente os próprios pacientes ganham com isso.

A criação de um prontuário virtual com várias informações clínicas acerca dos pacientes facilita o processo de tratamento, além de torna-lo mais célere, o que é um pressuposto necessário para que o paciente tenha uma recuperação satisfatória.

A Gestão Hospitalar envolve todo um sistema de serviços e atividades nas quais juntas trabalham em prol de garantir que os pacientes tenham um tratamento digno e eficiente.

“DISCUSSÃO DO TRABALHO”

A gestão hospitalar tem como função prever, ou seja, traçar planos e metas; tem como função organizar o aspecto material e social dentro da instituição hospitalar; controlar para que o equilíbrio nas relações seja mantido, e por fim, um líder para comandar e coordenar toda essa estrutura que mantém uma determinada instituição⁵

Essa função engloba vários tipos de instituições, como por exemplo, hospitais públicos e privados, clínicas e Unidades de Saúde, laboratórios, empresas de exames, entre outras⁶

Quanto a função do gestor hospitalar, cita-se:

É o profissional que atua no planejamento, na organização e no gerenciamento dos processos de trabalho em saúde, envolvendo a área de gestão de pessoas, materiais, suprimentos, equipamentos e recursos em geral. O Gestor Hospitalar organiza e controla compras e custos, áreas de apoio e logística hospitalar, bem como acompanha e supervisiona os contratos e convênios. Pelos princípios da gestão, da qualidade e da viabilidade dos serviços, presta suporte aos setores fim do hospital garantindo a assistência ao paciente⁷

Esse profissional funciona como uma espécie de líder dentro das entidades hospitalares, e é importante relatar que a liderança é uma faculdade humana essencial na gestão hospitalar frente aos inúmeros problemas que podem surgir, pois o líder motiva e ajuda todos a superar seus medos e problemas, como por exemplo, médicos que perdem pacientes, enfermeiros, entre outros profissionais, podem questionar sua capacidade e a vida diante da ocorrência de fatalidades, e o líder precisa administrar essas situações no contexto da gestão hospitalar.

5 ALMEIDA, Alda Maria. **Gestão Hospitalar**, 2011. Disponível em <http://www.ufjf.br/oliveira_junior/files/2011/08/AULA-01_GEST%C3%83O-HOSPITALAR5.pdf> Acesso em 01 de novembro de 2019. p.14.

6 ALMEIDA, Alda Maria. **Gestão Hospitalar**, 2011. Disponível em <http://www.ufjf.br/oliveira_junior/files/2011/08/AULA-01_GEST%C3%83O-HOSPITALAR5.pdf> Acesso em 01 de novembro de 2019. p.11.

7 ALMEIDA, Alda Maria. **Gestão Hospitalar**, 2011. Disponível em <http://www.ufjf.br/oliveira_junior/files/2011/08/AULA-01_GEST%C3%83O-HOSPITALAR5.pdf> Acesso em 01 de novembro de 2019. p.11.

A liderança é um fenômeno onde o líder tem um papel importante na influência do comportamento de outro indivíduo ou de um grupo, com interesse em trazer certas mudanças para o alcance de objetivos específicos. Quanto ao conceito de liderança, ela pode ser definida da seguinte maneira:

Liderança pode ser definida como ato de influenciar as pessoas. Na liderança um líder precisa ser responsável; manter um bom relacionamento entre os elementos que fazem parte de uma equipe ou grupo de pessoas; sempre de forma a dirigir as pessoas para um objetivo comum⁸

Portanto, o líder é aquele que tem capacidade de todos ao seu redor, onde por meio desse processo de instigação do pessoal ele poderá manter todos motivados o que é bom, pois deixa o ambiente favorável para a proliferação de ideias que podem influenciar os rumos da empresa. Sobre as características do líder:

A habilidade de liderança pode existir em todos, mas algumas pessoas a desenvolvem de uma maneira melhor, com espontaneidade, e outras não fazem questões da prática. Nem sempre é fácil encontrar um líder, mas este líder pode existir, e a capacidade de liderança pode ser adquirida. Existem traços que definem um líder:- O Desejo de liderar, ser honesto e íntegro, autoconfiança, inteligência, obter a facilidade de reconhecimento, e conhecimento das pessoas⁹

Nitidamente o líder se destaca entre os demais, onde por meio de seu ponto de vista visionária e sua elevada necessidade em ultrapassar barreiras e inovar o torna a pessoa mais preparada para gerir uma organização. O líder é aquele que conduz a organização ao sucesso, onde por possuir inúmeros atributos benéficos para o progresso organizacional se destaca dentro os outros indivíduos que compõem a organização, onde eles vão seguir tudo aquilo que o líder determina, pois ele passa confiança para todos.

Em linhas gerais, a gestão hospitalar consiste em:

A gestão hospitalar é conhecida por sua grande complexidade. As unidades hospitalares possuem uma gama significativa de áreas de conhecimento necessárias ao seu funcionamento, que devem ser conduzidas de maneira adequada para que os serviços de saúde sejam ofertados da melhor forma possível. O profissional que ingressa na área da gestão em saúde precisa ter um olhar sistêmico e dispender conhecimento específico em administração para a conexão eficiente de toda a cadeia produtiva, visando à máxima obtenção de resultados positivos¹⁰

Sendo assim, o gestor hospitalar necessitar ter um conhecimento acerca da natureza multidisciplinar de sua atuação, uma vez que ele precisa ter uma noção ampla acerca de todos os serviços prestados pela instituição.

É importante compreender que o hospital funciona como uma empresa, além de também ser uma empresa, sendo assim, os recursos, os profissionais que compõem a estrutura da instituição funcionam como uma organização empresarial, desse modo, deve-se maximizar o sucesso das atividades e reduzir os problemas.

O mundo globalizado é o resultado de um processo, onde nesse processo o homem passou a

8 MIRANDA, Ana Laura Castanha. **LIDERANÇA EMPRESARIAL: O DESAFIO DE SER LÍDER NAS ORGANIZAÇÕES**, 2012. Disponível em < <https://cepein.femanet.com.br/BDigital/arqTccs/0911260316.pdf>> Acesso em 02 de novembro de 2019. p.14.

9 MIRANDA, Ana Laura Castanha. **LIDERANÇA EMPRESARIAL: O DESAFIO DE SER LÍDER NAS ORGANIZAÇÕES**, 2012. Disponível em < <https://cepein.femanet.com.br/BDigital/arqTccs/0911260316.pdf>> Acesso em 02 de novembro de 2019. p.14.

10 PRESTES, Andréa. **Manual do gestor hospitalar** / Organizadores: Andréa Prestes, José Antônio Ferreira Cirino, Rosana Oliveira e Viviã de Sousa. – Brasília: Federação Brasileira de Hospitais, 2019. p. 29.

compreender que sua inteligência era capaz de quebrar várias barreiras e como consequência o mundo se tornou uno em virtude da existência de uma global rede comercial na qual passou do plano físico para o virtual em decorrência do avanço tecnológico e o surgimento da internet.

Definir globalização não é fácil, pois esse fenômeno de nível global atingiu uma série de aspectos da sociedade, sejam econômicos ou políticos o que faz com que sua definição seja controversa, uma vez que pode variar quanto ao objeto. Com base no exposto, destaca-se:

A expressão globalização passou, de fato, a incorporar o repertório vocabular do mundo dos negócios em idos da década de 70, refletindo o gradativo aprofundamento das relações entre países e grupos econômicos, ganhando mais abrangência e intensidade. As diferentes datas atribuídas ao início da globalização decorrem das diferentes definições existentes e do foco de abordagem. Os que atribuem à globalização uma origem remota ressaltam, visivelmente, a abordagem econômica do fenômeno. Os que atribuem uma origem mais recente enaltecem, como elementos de abordagem, as dimensões políticas, comunicacionais e culturais¹¹

Ou seja, como reflexo da globalização o mundo se aproximou, culturas diversas passaram a se encontrar; ideologias, entre outros institutos sociais passaram a se misturar. Os povos que durante muitos séculos viviam em seus territórios e sem ter contato com outros mundos passaram a percorrer por todo o hemisfério terrestre em fração de horas e a mandar mensagens em fração de segundos. Com base na afirmação:

A internacionalização dos processos produtivos, mercado financeiro e comercial se consolida através da migração dos fatores de produção e por meio do fluxo mundial de ativos monetários e do comércio. Uma economia globalizada, todavia, não corresponde ao somatório das atividades além fronteiras porque envolve múltiplas variáveis¹²

Os impactos ocasionados na sociedade são imensuráveis, pois o mundo com a inovação tecnológica e a aproximação dos povos passou por transformações que não podem mais ser apagadas.

Com esse fenômeno é nítido que o número de indústrias aumentou de forma exponencial, assim como empresas passaram a surgir e com o passar dos anos o mundo passou a aglomerar uma rede colossal de empresas, indústrias, entre outros negócios com a diretriz de obter lucro. Sobre a relação entre o mundo globalizado e os meios de produção salienta-se:

A globalização tem causado transformações expressivas na localização da atividade produtiva nos vários países conduzindo a diferentes padrões de comércio internacional. Cresce o número de atividades e funções que exigem pontos mais eficientes para se desenvolverem. Aumenta o número de organizações que se lançam na competição internacional atraídas por incentivos governamentais, melhor acesso a tecnologias, matéria-prima (redução de custos logísticos) e um contexto de crescimento. Outras são motivadas pelo insucesso no mercado doméstico. Encorajam-se, muitas vezes sem um projeto de internacionalização, defrontando-se com as disparidades de ordem política, econômica, monetária e cultural. Os estilos de competição das empresas também oferecem dificuldades à adaptação em ambiente internacional¹³

11 VASCONCELOS, Yumara Lúcia. **REFLEXOS DA GLOBALIZAÇÃO: UMA ANÁLISE DAS FORMAS DE INSERÇÃO NO MERCADO INTERNACIONAL**. Sitientibus, Feira de Santana, n. 39, p.95-129, jul./dez. 2015. Disponível em http://www2.uefs.br/sitientibus/pdf/39/1.5_reflexos_da_globalizacao_uma_analise_das_formas_de_insercao_no_mercado_de_trabalho.pdf Acesso em 02 de novembro de 2019. p. 96.

12 VASCONCELOS, Yumara Lúcia. **REFLEXOS DA GLOBALIZAÇÃO: UMA ANÁLISE DAS FORMAS DE INSERÇÃO NO MERCADO INTERNACIONAL**. Sitientibus, Feira de Santana, n. 39, p.95-129, jul./dez. 2015. Disponível em http://www2.uefs.br/sitientibus/pdf/39/1.5_reflexos_da_globalizacao_uma_analise_das_formas_de_insercao_no_mercado_de_trabalho.pdf Acesso em 02 de novembro de 2019. p. 96.

13 VASCONCELOS, Yumara Lúcia. **REFLEXOS DA GLOBALIZAÇÃO: UMA ANÁLISE DAS FORMAS DE INSERÇÃO NO MER-**

Atualmente a integração econômica em nível global entre os países de todo mundo se tornou trivial por conta do grande fluxo de negociações que foram estabelecidas entre diversas nações.

O processo de globalização é constante o que faz com que padrões sejam firmados e mudanças necessárias sejam realizadas, como por exemplo, com o processo global de unificação dos povos o comércio internacional passou a ser padronizado. Em compensação surgem novas organizações no mercado que visam competir com as que já estão consolidadas no comércio nacional e internacional.

O capitalismo alcançou outro patamar com a evolução da ciência e o surgimento de novos meios de produção o que fez com que aspectos sociais e políticos sofressem alterações no decorrer dos anos. Com base no exposto:

A globalização do mundo vem refletindo uma nova etapa de expansão do capitalismo, exigindo novas formulações políticas e econômicas, na proporção em que se desfazem, gradativamente, as hegemonias mercadológicas e as acomodações estratégicas edificadas ao longo dos anos. Paralelamente, novos pólos de poder e blocos geopolíticos são revelados dando uma nova conformação à expansão capitalista. Entretanto, a forma de organização do sistema mundial, círculos concêntricos onde um ou mais Estados centrais e reitores situam-se no núcleo cercado por regiões e Estados dependentes e periféricos, permanece¹⁴

O fenômeno da globalização é de magnitude colossal, dessa maneira, é difícil determinar seus limites e de que forma afetou o mundo em sua completude, pois em virtude de sua grande magnitude não é possível analisar com afincos todas suas proporções. Após analisar todos esses efeitos do processo de globalização no mundo é necessário tratar de forma mais ampla e específica como o avanço tecnológico em conjunto com a globalização moldou o mundo industrial.

O surgimento do mundo virtual, ou melhor, da internet teve seu auge no século XX em virtude de diversos eventos em nível global. E entender o surgimento dessas tecnologias mais avançadas é pertinente, pois como será analisada do ponto de vista antropológico a forma como uma determinada sociedade produz diz muito sobre sua organização e a forma que os indivíduos interagem¹⁵

A tecnologia alterou profundamente diversas civilizações ao ponto de novas vertentes surgirem, como por exemplo, a cyberculture¹⁶ Sobre a influencia da internet no mundo é necessário definir cyberculture:

A cyberculture é a cultura da internet. O termo foi criado pelos navegantes da rede para descrever os valores sociais de suas múltiplas culturas, formadas a partir de comunidades que se relacionam virtualmente trocando informações, confidências e múltiplos arquivos¹⁷

CADO INTERNACIONAL. Sitientibus, Feira de Santana, n. 39, p.95-129, jul./dez. 2015. Disponível em http://www2.uefs.br/sitientibus/pdf/39/1.5_reflexos_da_globalizacao_uma_analise_das_formas_de_insercao_no_mercado_de_trabalho.pdf Acesso em 02 de novembro de 2019. p. 101.

14 VASCONCELOS, Yumara Lúcia. **REFLEXOS DA GLOBALIZAÇÃO: UMA ANÁLISE DAS FORMAS DE INSERÇÃO NO MERCADO INTERNACIONAL.** Sitientibus, Feira de Santana, n. 39, p.95-129, jul./dez. 2015. Disponível em http://www2.uefs.br/sitientibus/pdf/39/1.5_reflexos_da_globalizacao_uma_analise_das_formas_de_insercao_no_mercado_de_trabalho.pdf Acesso em 02 de novembro de 2019. p. 101.

15 CORRÊA, Fabiano Simões. **Um estudo qualitativo sobre as representações utilizadas significar o uso da internet.** Ribeirão Preto, 2013.

16 CORRÊA, Fabiano Simões. **Um estudo qualitativo sobre as representações utilizadas significar o uso da internet.** Ribeirão Preto, 2013.

17 CORRÊA, Fabiano Simões. **Um estudo qualitativo sobre as representações utilizadas significar o uso da internet.** Ribeirão Preto, 2013. p. 14.

Para o estudo em questão, é importante entender os efeitos do mundo virtual na organização de grandes empresas e indústrias, além de outras entidades como bancos e instituições públicas, pois como será vislumbrado passou por intensa reorganização de sua estrutura em face da evolução da tecnologia. Com base nos pressupostos, ressalta-se:

Voltando à premissa de que as ferramentas utilizadas por um povo são as pistas para o entendimento de suas dinâmicas produtivas, econômicas e culturais, o que devemos entender, a este respeito, é que a produção cultural do homem se potencializa através da utilização de suas ferramentas e de suas técnicas¹⁸

Com o surgimento do computador em conjunto com a criação do mundo virtual a capacidade de analisar os dados, assim como organizar esses dados, armazenar e passar as informações passou a ser uma missão mais fácil¹⁹ Nas empresas o mundo virtual proporcionou uma série de benefícios como será analisado posteriormente.

Como ressaltado foi durante o século XX que a internet e os computadores passaram a surgir, principalmente em virtude de grandes conflitos entre várias nações ocorridos nesse período, como por exemplo, as guerras mundiais.

No que diz respeito a influência das guerras mundiais no desenvolvimento da tecnologia e o respectivo surgimento dos computadores:

Assim como o período da II Guerra Mundial foi marcado pelo desenvolvimento dos computadores eletrônicos como ferramentas de processamento de cálculos matemáticos destinados aos problemas de balística e de decifração de códigos criptografados, os anos da Guerra Fria marcaram o avanço desse escopo, introduzindo os computadores como ferramentas de comunicação e controle de informações²⁰

Além das guerras mundiais existiram outros eventos que contribuíram para o desenvolvimento da tecnologia de forma exponencial, como por exemplo, a guerra fria. A guerra fria ganhou esse nome em razão da não existência de conflitos diretos entre Estados Unidos e União Soviética.

As motivações desses conflitos não vêm ao caso, contudo, é importante frisar que com esses eventos em nível global a tecnologia alcançou um patamar jamais visto antes. Sobre os efeitos desses eventos no mundo científico, salienta-se:

As verbas destinadas, pelo governo dos Estados Unidos, às pesquisas militares no início da Guerra Fria, por exemplo, foram cerca de trinta vezes maiores do que no período anterior à II Guerra, e representavam 90% de toda a verba federal de pesquisa e desenvolvimento. Outros países também obtiveram avanços no desenvolvimento da tecnologia dos computadores, ainda que a história da informática comumente difundida seja majoritariamente norte-americana (e essencialmente ocidental)²¹

A guerra, os conflitos fizeram com que grandes nações investissem em armamento cada vez mais letal contra seus inimigos e com isso o mundo científico se expandiu, pois não havia limites para a perversidade humana.

O homem passou a realizar grandes descobertas, principalmente quanto à tecnologia envolvendo as comunicações e a criação de grandes bombas. A união das informações de cada descoberta

18 CORRÊA, Fabiano Simões. **Um estudo qualitativo sobre as representações utilizadas significar o uso da internet**. Ribeirão Preto, 2013. p. 14.

19 CORRÊA, Fabiano Simões. **Um estudo qualitativo sobre as representações utilizadas significar o uso da internet**. Ribeirão Preto, 2013.

20 CARVALHO, Marcelo Savio. **A TRAJETÓRIA DA INTERNET NO BRASIL: DO SURGIMENTO DAS REDES DE COMPUTADORES À INSTITUIÇÃO DOS MECANISMOS DE GOVERNANÇA**. 2016. p. 27.

21 CARVALHO, Marcelo Savio. **A TRAJETÓRIA DA INTERNET NO BRASIL: DO SURGIMENTO DAS REDES DE COMPUTADORES À INSTITUIÇÃO DOS MECANISMOS DE GOVERNANÇA**. 2016. p. 27.

contribuiu para o surgimento de computadores até bombas nucleares. Sobre o surgimento da tecnologia acerca dos computadores em meio ao século XX, observa-se:

No início da década de cinquenta do século passado, em meio a um período recheado de testes de bombas nucleares, crises políticas e conflitos bélicos em diversas regiões do planeta, o Departamento de Defesa dos Estados Unidos conduziu um estudo independente sobre sistemas de defesa aérea. Esse estudo, realizado durante seis meses dentro do Massachusetts Institute of Technology (MIT) com o nome de Projeto Charles, recomendou a construção de um centro de pesquisas no assunto, que veio a ser chamado de Laboratório Lincoln, operado pelo MIT em conjunto com os militares²²

Com o passar do tempo os EUA julgou necessário criar um sistema contra aviões bombardeiros dos que fossem seus inimigos, o que posteriormente fez surgir tecnologias que contribuiriam para a criação do modem. Com base no assunto abordado, destaca-se:

Apesar da breve obsolescência, o SAGE trouxe uma série de inovações que, em forma de ideias ou tecnologias, abasteceram a nascente indústria de informática, como, por exemplo, o uso do modem para fazer a comunicação digital através de linhas telefônicas comuns, monitores de vídeo interativos, uso de computação gráfica, memórias de núcleo magnético, metodologias de engenharia de software (o sistema possuía mais de 500 mil linhas de código escritas por centenas de programadores), técnicas de detecção de erros, manutenção do sistema em alta disponibilidade e processamento distribuído²³

Depois da segunda guerra mundial as descobertas científicas eram constantes, assim como o desenvolvimento das tecnologias já existentes em decorrência, primeiramente, das contribuições científicas do considerado pai da computação Alan Turing, secundamente por conta da corrida espacial ocorrida durante a guerra fria entre EUA e União Soviética.

Uma das grandes contribuições dessas disputadas entre essas nações foi justamente o surgimento do mundo virtual, onde com a criação da rede de comunicação por comutação de pacotes o universo da internet começava a ser criado. Mas antes de tratar diretamente da rede de comunicação por comutação de pacotes é importante falar das contribuições de Alan Turing.

Alan Turing fincou as bases da computação, no qual por meio de seus feitos como as máquinas de Turing o primeiro modelo do que no futuro seria nomeado de computador foi criado por ele. A máquina de Turing era simples, contudo, seus estudos foram de extrema importância para criar, inclusive, os modelos atuais. Um dos grandes feitos de Turing foi decodificar as mensagens criptografadas alemãs, pois por conta de sua facilidade em solucionar problemas ele se apresentou ao governo britânico com a ideia de que para criptografar a máquina alemã era necessário criar outra máquina, pois o raciocínio humano é muito lento para poder analisar os dados da enigma, assim chamada a máquina de criptografia alemã. Prosseguindo com a comunicação por comutação de pacotes, a mesma consiste em:

Dentre as diversas inovações tecnológicas que foram introduzidas ao longo da história das redes de computadores, talvez a mais celebrada – e a que mais interessa nessa dissertação – tenha sido a técnica de transmissão de dados por comutação de pacotes (packet switching). Nas redes de computadores baseadas nessa técnica, a informação é dividida em pequenas partes (pacotes) antes de ser enviada. Cada pacote carrega o endereço de origem e o de destino, sendo que os pacotes viajam pela

22 CARVALHO, Marcelo Savio. **A TRAJETÓRIA DA INTERNET NO BRASIL: DO SURGIMENTO DAS REDES DE COMPUTADORES À INSTITUIÇÃO DOS MECANISMOS DE GOVERNANÇA**. 2016. p. 27.

23 CARVALHO, Marcelo Savio. **A TRAJETÓRIA DA INTERNET NO BRASIL: DO SURGIMENTO DAS REDES DE COMPUTADORES À INSTITUIÇÃO DOS MECANISMOS DE GOVERNANÇA**. 2016. p. 27.

rede como unidades independentes de informação, podendo tomar rotas diferentes até o computador de destino, onde são reordenados e checados e a informação é então reconstituída. A comutação de pacotes permite que diversos usuários compartilhem um mesmo canal de comunicação²⁴

Na década de 60 foi criada a ARPANET na qual consiste em uma rede de estudos avançados com o intuito de criar uma rede virtual que interligasse todos os computadores do mundo. Com isso, surgiram computadores, celulares, Tablets, Notebook, ou seja, uma série de instrumentos capazes de proporcionar ao homem experiências únicas, como por exemplo, se comunicar com parentes em outro país de forma instantânea.

Imaginar o mundo atual sem computadores, celulares, entre outros objetos de elevada tecnologia que facilitam diversas atividades presentes no cotidiano das pessoas. O computador conquistou o mundo, onde por meio dele o mundo virtual pode ser acessado, aliás, nos tempos de hoje não apenas o computador proporciona a entrada no universo virtual como já relatado, contudo, com foi com seu surgimento que o ambiente da internet passou a ser mais frequentado. Sobre a sociedade no mundo da Era digital:

A sociedade transita hoje no que se convencionou denominar Era Digital. Os computadores ocupam espaço importante e essencial no atual modelo de sociabilidade que configura todos os setores da sociedade, comércio, política, serviços, entretenimento, informação, relacionamentos. Os resultados desse processo são evidentes, sendo que essas transformações mudaram o cenário social na busca pela melhoria e pela facilitação da vida e das práticas dos indivíduos²⁵

Com isso passou a ser necessária uma atualização brusca nos ordenamentos jurídicos, uma vez que por meio desses as sociedades são disciplinadas e com as mudanças proporcionadas pelo avanço tecnológico no âmbito social, as normas ganharam uma nova configuração jurídica.

Com as alterações legislativas variados institutos sofreram alterações, entre eles, as empresas e todas as relações de compra e venda ou serviços, ou seja, o Direito passou a ser a maior arma do Estado quanto ao controle de suas instituições.

De fato, o mundo atual tem como principal característica o avanço tecnológico e a ascensão do mundo virtual como meio para realizar compra e venda de produtos e até mesmo a negociação de serviços. Diante do exposto:

O uso da rede integrada de computadores entre as pessoas e empresas, tornou-se algo indispensável nos dias atuais. É possível ter acesso a uma vasta rede de informações em tempo real e também trocar e cruzar dados a qualquer momento. Com o uso do computador, os serviços foram agilizados e facilitados, houve uma redução da mão-de-obra em ocupações que substituíram o trabalho humano, mas que abriu portas para novas ocupações especializadas no ramo da informática (programadores, webdesigners, administradores de rede) e das comunicações (marketeiros e jornalistas virtuais)²⁶

24 CARVALHO, Marcelo Savio. **A TRAJETÓRIA DA INTERNET NO BRASIL: DO SURGIMENTO DAS REDES DE COMPUTADORES À INSTITUIÇÃO DOS MECANISMOS DE GOVERNANÇA**. 2016. p. 27.

25 KOHN, Karen; MORAES, Cláudia Herte de. **O impacto das novas tecnologias na sociedade: conceitos e características da Sociedade da Informação e da Sociedade Digital**. Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação XXX Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação – Santos – 29 de agosto a 02 de novembro de 2019. p.5.

26 KOHN, Karen; MORAES, Cláudia Herte de. **O impacto das novas tecnologias na sociedade: conceitos e características da Sociedade da Informação e da Sociedade Digital**. Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação XXX Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação – Santos – 29 de agosto a 02 de novembro de 2019. p.

Em síntese, a própria interação social foi intensamente alterada pelo surgimento do mundo virtual, inclusive, tal ponto já foi ressaltado, contudo, é necessário sempre salientar os efeitos da evolução da ciência nas relações humanas, uma vez que é impossível estabelecer com precisão todo o impacto da evolução da tecnologia na sociedade.

O mundo digital proporcionou inúmeros benefícios para o homem, como por exemplo, a proliferação de ideias e o contato instantâneo das ideias através das redes sociais o que aproximou diversas culturas, fazendo com que diversas nações tivessem ligações entre seus respectivos cidadãos nunca tidas antes.

Quanto ao conceito de BigData, cita-se:

"Big Data faz referência ao grande volume, variedade e velocidade de dados que demandam formas inovadoras e rentáveis de processamento da informação, para melhor percepção e tomada de decisão"²⁷

Portanto, entende-se como BigData todo o amontoado de informações presentes no mundo virtual, onde essas informações podem ser utilizadas em prol de negócios, e até mesmo podem ser aplicadas na gestão hospitalar. Diante dos expostos, observam-se as imagens abaixo:

Figura - 1



Fonte: Marquesone (2017)²⁸

Os pilares que caracterizam o BigData são: variedade, volume, e velocidade, onde respectivamente significam: o volume é toda a gama de informações, enquanto variedade diz respeito a imensurável mistura de assuntos dispostos no mundo virtual, e por fim a velocidade, uma vez que em fração de segundos informações são lançadas em qual lugar do mundo.

27 MARQUESONE, Rosangela. **BigData: o novo desafio das empresas e profissionais do mercado**, 2017. Disponível em < http://paineira.usp.br/lassu/wp-content/uploads/2017/01/2017.02.07-palestra_rosangela_bigdata.pdf> Acesso em 05 de novembro de 2019. p.5.

28 MARQUESONE, Rosangela. **BigData: o novo desafio das empresas e profissionais do mercado**, 2017. Disponível em < http://paineira.usp.br/lassu/wp-content/uploads/2017/01/2017.02.07-palestra_rosangela_bigdata.pdf> Acesso em 05 de novembro de 2019. p.5.

METODOLOGIA

Quanto a metodologia da pesquisa consiste em uma revisão bibliográfica de natureza qualitativa, tendo como base artigos científicos acerca da utilização da tecnologia e a rede de dados como meio de aprimorar a gestão hospitalar. Quanto ao método de abordagem utilizado foi o dedutivo, onde foram analisados os aspectos gerais acerca da gestão hospitalar, e especificamente foi tratado a utilização do Big Data como ferramenta de gestão hospitalar em nível nacional.

RESULTADOS

Surgiu uma tendência a tornar virtual as informações acerca dos pacientes, onde seriam construídos prontuários eletrônicos, onde as pessoas podem acessar suas condições clínicas de qualquer lugar e por qualquer profissional, o que agilizará o tratamento, além de evitar que tratamentos errados fossem realizados, pois o médico conhecerá o histórico do paciente, o que é essencial, pois eles podem apresentar alergias a determinados medicamentos, possuir doenças crônicas, entre outros. Com base no exposto, enfatiza-se:

A realidade brasileira ainda é a dos prontuários específicos para cada unidade de saúde, digitalizados ou, em muitos casos, em papel. Assim como as prescrições em papel, os prontuários em papel dificultam a transferência, a atualização e a compreensão das informações. Além disso, o espaço físico necessário para o seu armazenamento tem gerado problemas logísticos aos sistemas de saúde e incentivado negativamente a introdução de novas informações. Existe uma forte tendência para a universalização da digitalização dos prontuários no Brasil, principalmente nos grandes centros urbanos. Apesar de necessária, essa novidade já chega defasada. A digitalização sem dúvidas traz mudanças positivas, mas o fato de esses prontuários não poderem ser acessados por profissionais de outros centros de saúde traz perdas de tempo, dinheiro e vidas²⁹

Com o avanço tecnológico é questão de tempo até que todas as coisas estejam interligadas, diretamente ou indiretamente ao mundo virtual, sendo assim, com base no pressuposto, cita-se:

Das três perspectivas para o uso de big data, a internet das coisas (internet of things) é no momento a realidade mais distante, apesar de alguns avanços recentes. A promessa é que um dia a maioria dos objetos de uso diário estará de alguma forma conectada à internet. Por exemplo, a geladeira, o chuveiro e até a porta das casas estarão conectados entre si pela internet. O sensor da porta poderá identificar quando o morador chega suando e informar automaticamente a geladeira, que prepara uma água gelada, e o chuveiro, que liga a água em uma temperatura morna. As possibilidades de uso na área específica da saúde são imensas. No caso de idosos, por exemplo, se o chão da casa tiver um sensor conectado à internet, uma queda brusca de um corpo poderá gerar um alerta automático para os cuidadores do idoso e, em situações críticas, para o próprio sistema de saúde. Outra possibilidade promissora será o uso de wearables, objetos eletrônicos conectados ao corpo que poderão identificar a iminência de infartos e acidentes vasculares antes mesmo do próprio indivíduo³⁰

O ponto chave é a utilização de dados para dar suporte a gestão hospitalar, onde os gestores poderão, através do acesso aos dados acerca dos pacientes, tratar com mais eficiência e sucesso.

29 FILHO, Alexandre Dias Porto. **Uso de big data em saúde no Brasil: perspectivas para um futuro próximo**, 2015. Disponível em < <https://www.scielo.org/article/ress/2015.v24n2/325-332/>> Acesso em 05 de novembro de 2019. p.4.

30 FILHO, Alexandre Dias Porto. **Uso de big data em saúde no Brasil: perspectivas para um futuro próximo**, 2015. Disponível em < <https://www.scielo.org/article/ress/2015.v24n2/325-332/>> Acesso em 05 de novembro de 2019. p.4.

Outro ponto importante, é que com a criação dessa rede de dados, poderá ser combatido com mais eficácia potenciais epidemias, doenças crônicas ou altamente infecciosas de forma mais célere, o que é essencial para evitar que mais vítimas surjam.

É evidente os benefícios da utilização da tecnologia como ferramenta na gestão hospitalar, principalmente quanto ao surgimento dos prontuários eletrônicos nos quais serão construídos por meio das informações provenientes do BigData.

A tendência é que a tecnologia seja utilizada em várias esferas da vida humana, inclusive na saúde, onde diante de todos os grandes feitos do homem a tecnologia é um dos que mais se destacam.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um hospital é como uma empresa cujos serviços tem como diretriz tratar do bem-estar dos enfermos, dessa maneira, essa organização precisa seguir determinados requisitos para que obtenha êxito em sua atuação. É por meio da gestão hospitalar que toda a estrutura do hospital funciona, desde a atuação dos profissionais, assim quanto a resolução dos conflitos, o combate a epidemias, a prestação no atendimento entre outros.

Com o avanço tecnológico o mundo passou a ser dualista: material e virtual, onde as pessoas negociam produtos e serviços por meio do universo virtual, e nesse universo, uma quantidade inenarrável de dados é passada diariamente, e essa possibilidade está começando a ser usada pelo homem em prol do progresso de determinados serviços.

O BigData diz respeito ao volume de dados, variedade de dados e a velocidade na qual esses dados passam pela rede de internet, onde no que diz respeito a gestão hospitalar, o objetivo é criar um prontuário virtual no qual comportará dados dos pacientes, como por exemplo, todo o tratamento que ele já passou, se possui doenças, tipo sanguíneo, se é doador de órgãos, ou seja, uma rede de informações cujo intuito é tornar o atendimento mais célere e tornar a gestão hospitalar mais eficiente frente aos obstáculos que surgir.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Alda Maria. **Gestão Hospitalar**, 2011. Disponível em <http://www.ufjf.br/oliveira_junior/files/2011/08/AULA-01_GEST%C3%83O-HOSPITALAR5.pdf> Acesso em 01 de novembro de 2019.

CORRÊA, Fabiano Simões. **Um estudo qualitativo sobre as representações utilizadas significar o uso da internet**. Ribeirão Preto, 2013.

CARVALHO, Marcelo Savio. **A TRAJETÓRIA DA INTERNET NO BRASIL: DO SURGIMENTO DAS REDES DE COMPUTADORES À INSTITUIÇÃO DOS MECANISMOS DE GOVERNANÇA**. 2016.

FILHO, Alexandre Dias Porto. **Uso de big data em saúde no Brasil: perspectivas para um futuro próximo**, 2015. Disponível em <<https://www.scielo.org/article/ress/2015.v24n2/325-332/>> Acesso em 05 de novembro de 2019.

MARQUESONE, Rosangela. **BigData: o novo desafio das empresas e profission-**

ais do mercado, 2017. Disponível em < http://paineira.usp.br/lassu/wp-content/uploads/2017/01/2017.02.07- palestra_rosangela_bigdata.pdf> Acesso em 05 de novembro de 2019.

MIRANDA, Ana Laura Castanha. **LIDERANÇA EMPRESARIAL: O DESAFIO DE SER LÍDER NAS ORGANIZAÇÕES**, 2012. Disponível em <<https://cepein.femanet.com.br/BDigital/arqTccs/0911260316.pdf>> Acesso em 02 de novembro de 2019.

PRESTES, Andréa. **Manual do gestor hospitalar** / Organizadores: Andréa Prestes, José Antônio Ferreira Cirino, Rosana Oliveira e Viviã de Sousa. – Brasília: Federação Brasileira de Hospitais, 2019.

VASCONCELOS, Yumara Lúcia. **REFLEXOS DA GLOBALIZAÇÃO: UMA ANÁLISE DAS FORMAS DE INSERÇÃO NO MERCADO INTERNACIONAL**. Sitientibus, Feira de Santana, n. 39, p.95-129, jul./dez. 2015. Disponível em http://www2.uefs.br/sitientibus/pdf/39/1.5_reflexos_da_globalizacao_uma_analise_das_formas_de_insercao_no_mercado_de_trabalho.pdf Acesso em 02 de novembro de 2019.

KOHN, Karen; MORAES, Cláudia Herte de. **O impacto das novas tecnologias na sociedade: conceitos e características da Sociedade da Informação e da Sociedade Digital**. Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação XXX Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação – Santos – 29 de agosto a 02 de novembro de 2019.

GERENCIAMENTO DE RESÍDUO DE SERVIÇO DE SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: EXPERIÊNCIA INOVADORA COM JOGO LÚDICO.

Ester de J. S. Diniz¹

Thalita A. P. Miranda²

Ilka K. P. Belfort³

RESUMO

É de extrema importância que as instituições de saúde preparem seus profissionais para realizarem um manejo adequado dos RSS. O presente artigo tem como objetivo propor uma inovação na capacitação dos profissionais da atenção primária, por meio de um jogo de tabuleiro “vamos brincar de aprender”, onde foram feitas as devidas adaptações no jogo. Para que tivesse, como foco, o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde na etapa da segregação e acondicionamento dos RSS. Espera-se com a capacitação referente à problemática do manejo dos RSS, vislumbre a necessidade de conhecer adequadamente as normas pertinentes, e ainda utilizar os conhecimentos adquiridos na melhoria do manejo do descarte dos resíduos sólidos.

Palavras-Chave: resíduos sólidos, atenção primária, educação permanente, jogo lúdico.

ABSTRACT

It is of utmost importance that health institutions prepare their professionals for proper management of SSR. This article aims to propose an innovation in the qualification of primary care professionals, through a board game "let's play learn", where the appropriate adaptations were made in the game. To focus on the management of health services waste at the stage of segregation and packaging of SSR. It is expected with the training regarding the issue of the handling of SSR, glimpses the need to know properly the relevant standards, and still use the knowledge gained in improving the management of solid waste disposal.

Keywords: solid waste, primary care, permanent education, playful game.

INTRODUÇÃO

Os resíduos sólidos são um grande problema enfrentado pela sociedade. Infelizmente, a maioria, ainda, é descartada de maneira incorreta em locais sem licença ambiental colocando em risco os trabalhadores, a comunidade e os recursos naturais. Os resíduos de serviço de saúde devem receber tratamento e disposição final de acordo com as características e periculosidades apresentadas (RDC N°222/2018).

Apesar de ser exigência legal, existem vários estabelecimentos de saúde que não gerenciam seus resíduos desde a geração até a disposição final, como também, não realizam a separação de acordo com as propriedades do RSS. Isso acontece, principalmente, nas Unidades Básica de Saúde, por produzir uma quantidade menor de resíduos e não terem fiscalizações nessa área.

1 Aluno do Curso de Gestão Hospitalar da Faculdade Laboro, e-mail: esterdiniz1997@gmail.com

2 Aluno do Curso de Gestão Hospitalar da Faculdade Laboro, e-mail: thalita.adelice84@gmail.com

3 Orientador (a) do Trabalho. Professor (a) da Faculdade Laboro. e-mail: ilkabelfort@gmail.com

É de extrema importância que a instituição de saúde esteja preparada para um manejo adequado desses resíduos e para isso é necessário que seja implementado um Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde (PGRSS). O PGRSS é um documento desconhecido por muitos colaboradores e gestores das UBS. Através dele é possível definir e detalhar as etapas do manejo dos RSS de acordo com as normas vigentes, além de prever o treinamento e capacitações para os trabalhadores de saúde que é de suma importância para obter bons resultados no manejo (RDC N°222/2018).

A educação permanente ou educação em saúde possibilita uma transformação nas práticas profissionais, principalmente nos processos de manejo. Visto que muitos colaboradores das UBS se sentem despreparados frente a esse assunto. Prejudicando o gerenciamento dos RSS produzidos durante as atividades laborais, por falta de conhecimento do PGRSS, das normas vigentes e a conscientização dos impactos produzidos pelo manejo incorreto (SANTOS, SOUZA, 2012).

Dessa forma, a partir das disciplinas estudadas e pesquisas literárias, observou-se a escassez de conhecimentos e atualizações dos profissionais de saúde referente ao tema Gerenciamento dos Resíduos de Serviço de Saúde (GRSS). Em vista, que o manejo inadequado dos RSS pode ocasionar infecções, acidentes de trabalho, contaminação dos recursos naturais, entre outros. Diante disso, para auxiliar na aprendizagem e capacitação dos trabalhadores da área da saúde pretendemos propor a introdução de um jogo de tabuleiro com base no jogo “Vamos brincar de aprender”, onde foram feitas as devidas adaptações no jogo. Para que tivesse, como foco, o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde na etapa da segregação e acondicionamento dos RSS. Visto que, este artigo é pioneiro na elaboração de uma inovação na educação permanente quanto ao tema GRSS. Diante disso, o objetivo desse artigo é propor uma inovação na capacitação dos profissionais através de um jogo de tabuleiro lúdico.

REFERENCIAL TEÓRICO

Resíduos de Serviço de saúde (RSS)

Os resíduos de serviços de saúde são uma pequena parcela, representando menos de 2% dos resíduos gerados pela sociedade (ANVISA, 2006). Mas pela sua particularidade e periculosidade causam grandes impactos à saúde pública e ao meio ambiente, quando não são gerenciados corretamente.

Por isso, o seu manuseio, que envolve a segregação, o acondicionamento, armazenamento interno e externo, transporte interno e externo, tratamento e disposição final, devem ser planejadas e detalhadas para os colaboradores das unidades geradoras. A fim de evitar danos à saúde do trabalhador, da comunidade e do ambiente.

Os RSS são classificados de acordo com suas propriedades em grupos A, B, C, D e E. Os Resíduos do grupo A são os que contêm presença de agentes biológicos. Do grupo B, são representados pelos resíduos que apresentam inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxicidade, chamados de resíduo químico. Do grupo C contém radionuclídeo acima dos limites de eliminação estabelecido pela Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN). OS resíduos do grupo D são comparados aos resíduos domiciliares. O Resíduo do grupo E são chamados de perfurocortantes, por serem materiais perfurocortantes e escarificantes (RESOLUÇÃO RDC N°. 222, DE 28 DE MARÇO DE 2018; RESOLUÇÃO CONAMA N°358/2005).

A classificação dos RSS facilita a identificação em relação aos demais resíduos produzidos pela

sociedade, deixando evidentes quais grupos devem receber um tratamento de acordo com a propriedade física, para, logo em seguida, serem depositados no meio ambiente sem causar grandes impactos negativos.

Plano de gerenciamento de resíduos sólidos de saúde (PGRSS)

O Plano de Gerenciamento de Resíduos sólidos de Saúde (PGRSS) é um documento que instrui quais ações devem ser tomadas com relação aos resíduos gerados em unidades de saúde.

"O gerenciamento dos RSS constitui-se em um conjunto de procedimentos de gestão, planejados e implementados a partir de bases científicas e técnicas, normativas e legais, com o objetivo de minimizar a produção de resíduos e proporcionar aos resíduos gerados, um encaminhamento seguro, de forma eficiente, visando à proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente." (ANVISA, 2004)

O PGRSS deve caracterizar o planejamento de todas as etapas do manejo dos RSS, inclusive adotar e implantar programas de capacitação, treinamento e atualização sobre o tema e as normas vigentes (RDC Nº222/2018). A fim de conscientizar os colaboradores, que executarão no trabalho; o PGRSS, a dotarem as medidas corretas no manejo dos RSS.

Todos os estabelecimentos cuja atividades se relacionam a atender à saúde humana e animal, são coagidos a elaborarem seus planos de gerenciamentos dos resíduos por ele gerados. A resolução nº222 de 2018, observa em seu art. 2:

§ 1º Para efeito desta resolução, definem-se como geradores de 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 (tanatopraxia e somatoconservação); serviços de medicina legal; drogarias e farmácias, inclusive as de manipulação.

Portanto as Unidades Básica de Saúde devem implantar o PGRSS, para tenham uma redução nos resíduos gerados, diminuição dos riscos laborais, e redução dos impactos ambientais e sociais; por meio do manejo adequado.

Unidade Básica de Saúde (UBS)

As Unidades Básica de Saúde prestam ações e serviços de atenção básica e é a porta de entrada nas Redes de Atenção à Saúde, atendendo a uma população espontânea e adscrita de acordo com as necessidades da comunidade, (PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017).

Oferece à população serviços de Vigilância à saúde, de promoção, prevenção, educação e reabilitação;

Art. 5º A integração entre a Vigilância em Saúde e Atenção Básica é condição essencial para o alcance de resultados que atendam às necessidades de saúde da população, na ótica da integralidade da atenção à saúde e visa estabelecer processos de trabalho que considerem os determinantes, os riscos e danos à saúde, na perspectiva da intra e intersectorialidade (PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017).

São importantes unidades de saúde para a população, pois se encontram mais próxima da população e é capaz de oferecer um serviço de resolutividade, individual e familiar através da equipe Estratégia da Família. Resultando na redução dos fluxos nas instalações hospitalares.

A unidade de saúde contém diversas salas, como consultórios médicos, odontológico e de en-

fermagem, sala de vacina, de curativo, farmácia, entre outros que produzem diversos resíduos de serviços de saúde- RSS; pois as atividades exercidas são relacionadas à saúde humana (RESOLUÇÃO RDC N°. 222, DE 28 DE MARÇO DE 2018)

Diante disso, as UBS devem planejar e implantar o PGRSS, principalmente colocar em prática o plano de educação permanente, pois os colaboradores, principalmente a equipe de enfermagem e higienização da unidade, que estão diretamente ligados ao manejo dos RSS.

Visto que; além dos gestores das unidades, são responsabilidades de todos da esfera do governo garantir mecanismo de qualificação e educação permanente aos profissionais. Observa-se na Política Nacional da Atenção Básica, 2017 no capítulo das responsabilidades Art. 7º, relata:

VII -desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação da força de trabalho para gestão e atenção à saúde, estimular e viabilizar a formação, educação permanente e continuada dos profissionais.

No entanto, diversas publicações verificam a dificuldade de planejamento e o manejo incorreto nas unidades Básicas de Saúde, por falta de conhecimento e conscientização dos trabalhadores da saúde quanto a esse assunto.

Educação permanente

A Educação em Saúde foi instituída em 2004 através de uma política nacional (PNEPS), com o intuito de auxiliar na aprendizagem no trabalho e possibilitar uma transformação nas práticas profissionais. Ela é basicamente um programa de educação continuada direcionada às unidades de saúde.

“A PNEPS tem como finalidade transformar as práticas do trabalho, com base em reflexões críticas, propondo o encontro entre o mundo da formação e o mundo do trabalho, através da interseção entre o aprender e o ensinar na realidade dos serviços.” (BRASIL, 2017).

Essa educação permanente é centrada na produção de conhecimento com as experiências vividas por cada profissional em saúde no exercício da profissão, utilizando-a para inovar nas atividades e garantir a melhoria do atendimento dos usuários.

Diante do tema RSS, autores observam que a dificuldade, enfrentada pela UBS e outros estabelecimentos de saúde, de implantar ações que contribua com o manejo correto do RSS é computada pela falta do plano de gerenciamento de resíduos de sólidos de saúde (PGRSS) e, principalmente, de um plano de educação permanente para os colaboradores.

Almeida (1997) conceitua a educação permanente como uma atividade institucionalizada possuindo como principais objetivos: promoção de mudança institucional, fortalecimento das ações da equipe e transformações de práticas técnicas e sociais; tendo como pressuposto para realização uma pedagogia centrada na resolutividade de problemas e sendo realizada dentro do ambiente de trabalho, promovendo com isso a apropriação do saber científico e constituindo-se em responsabilidade da instituição de saúde a qual o profissional presta seus serviços.

Na tentativa de tornar mais acessível e mais dinâmico o aprendizado, diferentes formas de ensino-aprendizagem estão sendo inseridas em diversos ramos da sociedade. Segundo Presky (2012), a aprendizagem por meio de jogos está crescendo e se tornando cada vez mais presente em diversas organizações.

O jogo lúdico é uma das alternativas para incentivar o conhecimento. E são ferramentas at-

raentes, motivador e estimulador do processo de construção do conhecimento (PATRIARCHA, GRACIOLLI, 2008).

METODOLOGIA

A pesquisa foi desenvolvida a partir da revisão de literaturas, publicadas no período de 2014 a 2019, pesquisadas nos sites do Google Scholar e da Biblioteca virtual de Saúde e utilizado as seguintes palavras-chaves: resíduos, atenção primária, educação permanente e jogos lúdicos.

Foram encontrados 6 artigos incluindo 1 dissertação referente ao tema gerenciamento dos resíduos sólidos nas UBS's, porém não foi achado publicações referentes a inserções de jogos lúdicos na educação permanente abordando os RSS. Todos os artigos foram analisados, mas apenas 4 artigos foram usados no escopo do trabalho.

O presente artigo corresponde a adaptação do jogo de tabuleiro “Vamos brincar de aprender” na capacitação de profissionais de saúde com foco no gerenciamento de resíduos de serviços de saúde, na etapa da segregação e acondicionamento dos RSS.

Etapas da elaboração do Jogo:

Para a elaboração do jogo lúdico primeiro buscamos informações sobre os tipos de RSS gerados numa UBS, descritos a seguir:

Grupo A: Classificado como resíduo infectante que são gerados na sala de vacinas; Sala de curativos e procedimentos; Sala de expurgo e esterilização; Consultórios Pediátricos; Consultórios de Clínica Geral e Ginecologia EX.: Luvas, gazes, algodão, esparadrapos, ataduras, materiais contendo sangue ou líquido corpóreo, microrganismos vivos ou atenuados, entre outros.

Grupo B: Classificados como resíduo químico, são gerados na farmácia; Sala de expurgo e esterilização; Sala de vacinas. Ex.: Medicamentos vencidos, resíduos de saneastes e desinfetantes, resíduos contendo metais pesados e outros.

Grupo C: Classificados como resíduo radioativo, esse tipo de resíduos não é gerado em Unidades Básicas.

Grupo D: Classificado como resíduo comum, são gerados na Recepção; Sala de espera; Consultórios Pediátricos; Consultórios de Clínica Geral e Ginecologia; Consultório de Nutrição; Banheiros; Cozinha; Farmácia; Sala de Assistência Social; Sala de reuniões; Saguão. Ex.: Não Recicláveis: papel sanitário, fraldas descartáveis, absorventes higiênicos, sobras de alimentos, entre outros.

Grupo E: Classificado como resíduo perfurocortante, são gerados na Sala de curativos e procedimentos e sala de vacinas. Ex.: Agulhas, escalpes, utensílios de vidro contaminados quebrados, ampolas de vidro e outros (VIEIRA et al.,2016).

E a partir disso, elaboramos afirmações e questões referentes a segregação e ao acondicionamento dos mesmos.

Materiais necessários:

1 tabuleiro;

11 cartas RESPONDA amarelas;

06 cartas AVANCE (formas corretas de descarte) e

05 cartas VOLTE (com formas incorretas do descarte);
11 cartas SUPRESA, na cor verde;
04 pinos de cores diferentes e um dado. (COMETTI, GUEDES, 2017).

RESULTADOS

Através desse jogo, espera-se abordar RSS e situações comuns na etapa de segregação e acondicionamento vivenciadas nas UBS's de maneira lúdica, colocando em prática o conhecimento adquirido e sensibilizar os profissionais quanto aos acidentes de trabalho, infecções, contaminações dos recursos naturais e outros problemas advindos do manejo incorreto.

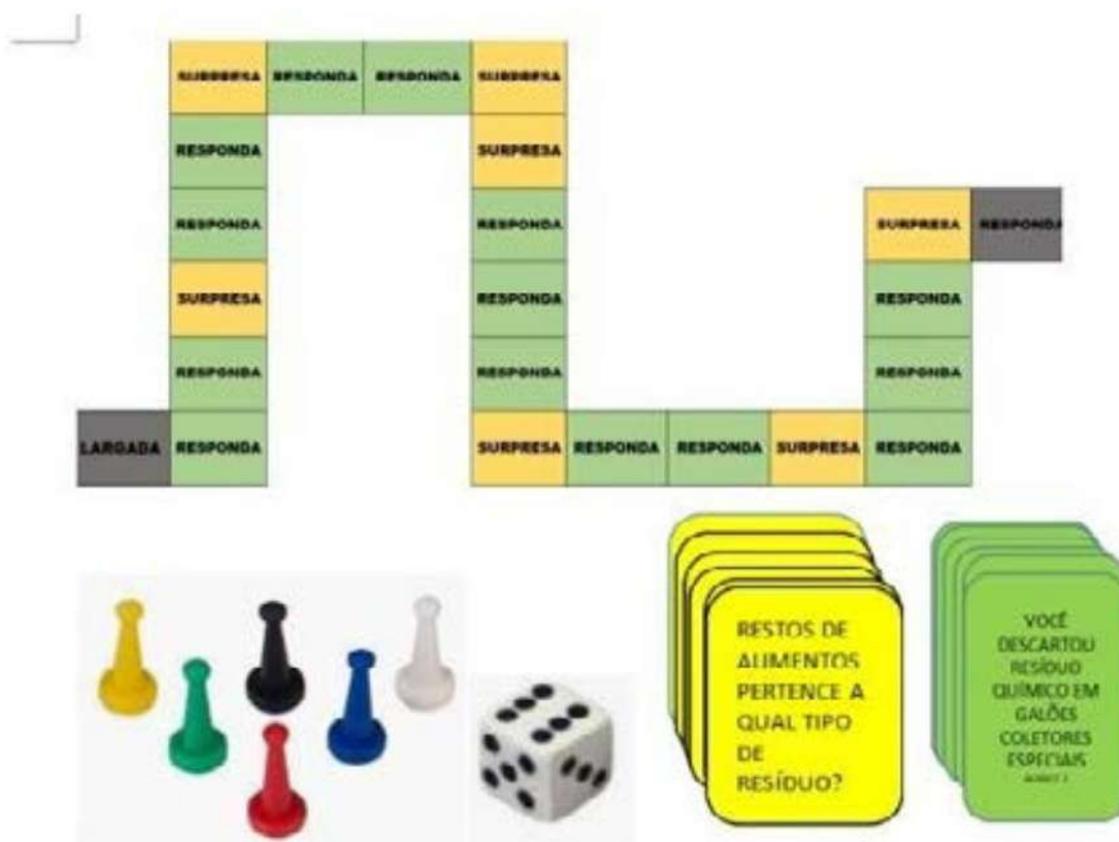


Figura 1: componentes do jogo; tabuleiro, pino, dado e cartas.

Fonte: Cometti; Guedes, 2017.



Figura 2: 11 cartas amarelas, resposta.

Fonte: autoria própria.



Figura 3: 11 cartas verdes, surpresa.

Fonte: autoria própria.

DISCUSSÃO

Diante do tema RSS, autores observam que a dificuldade, enfrentada pela UBS e outros estabelecimentos de saúde, de implantar ações que contribua com o manejo correto do RSS é computada pela falta do plano de gerenciamento de resíduos de sólidos de saúde (PGRSS) e, principalmente, de um plano de educação permanente para os colaboradores.

Vale observar a tabela a seguir sobre os resultados de algumas publicações referente a importância da educação permanente.

Tabela 1: caracterização de alguns artigos analisado, segundo ano de publicação, título e principais resultados. **Fonte:** própria autora.

TÍTULO	ANO/ PUBLICAÇÃO	OBJETIVO	RESULTADO
Gerenciamento de resíduos nos serviços de saúde: Relato de experiência	2019	Relatar a experiência de uma intervenção educativa, realizada no centro de atendimento à mulher, acerca do gerenciamento de resíduos nos serviços de saúde.	Torna-se imprescindível a realização de trabalhos de conscientização, capacitação e desenvolvimento de práticas adequadas com todos àqueles colaboradores que participam do gerenciamento dos resíduos, de forma a reduzir os riscos de acidentes ocupacionais, aos pacientes e ao meio ambiente.
Análise da gestão dos resíduos sólidos de quatro unidades de saúde de Porto Alegre – RS	2018	Identificar como é realizado o gerenciamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde (rss), com foco em sua segregação, produzidos durante as atividades diárias de quatro unidades de saúde que compõem a gerência leste-nordeste da cidade de Porto Alegre– RS	Foi possível identificar inúmeras falhas em relação ao processo de identificação, segregação e acondicionamento dos rss, sendo isto resultado da falta de recursos e treinamento dos funcionários envolvidos.
Gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde: atenção básica e hospitalar	2017	comparar o manejo/gerenciamento dos resíduos nas unidades de atenção básica (UBS) e unidades hospitalares	faz-se mister a inclusão dessa temática na formação profissional, favorecendo assim a conscientização e instrumentalização dos profissionais para o efetivo manejo de dejetos dos serviços da saúde.
Intervenção educativa no manejo de resíduos de serviços de saúde na atenção básica		descrever a experiência de uma intervenção quanto ao gerenciamento de resíduos de serviços de saúde em uma unidade de saúde da família	possível observar como os profissionais de saúde ainda desconhecem o tema e que muitos não o valorizam por falta de informações e conhecimento. E ainda, que a educação permanente contribui positivamente na mudança do comportamento dos trabalhadores diante do gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde.

A educação permanente é primordial para proporcionar mudanças na organização frente ao problema dos RSS, e a inserção do jogo de tabuleiro como ferramenta de apoio na educação permanente pode estimular e dinamizar o processo de ensino-aprendizagem de forma criativa e motivadora (FONSECA et al.,2011). Contribuindo com a conscientização dos profissionais sobre o manejo correto dos RSS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os gestores e órgãos do poder público devem incentivar e investir na educação permanente sobre o tema gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Pois observamos a partir da análise das publicações, o déficit de conhecimento de muitos profissionais, a respeito desse assunto que geram várias falhas no manejo dos RSS, inclusive na segregação. Sendo que é a primeira etapa do processo de manejo dos RSS que acontece no momento da geração.

Se os RSS não forem separados e acondicionados de acordo com a classificação todas as outras etapas do manejo estarão comprometidas. Dado que a correta segregação e acondicionamento reduz a quantidades de resíduos produzidos, evita que resíduos contamine outros e diminui os elevados custos com o tratamento (RDC N° 222/2018).

Portanto, o jogo lúdico contribui para a disseminação do conhecimento do gerenciamento dos RSS, posto que aborda situações sobre a etapa da segregação e acondicionamento dos RSS. Além disso, deve ser realizado mais estudos na área referente aos impactos da inserção de jogos lúdicos aos colaboradores sobre o gerenciamento dos RSS.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **PORTARIA N° 2.436 de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Órgão emissor: **Ministério da Saúde;**

BRASIL. **PORTARIA N° 198/GM de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Órgão emissor: **Ministério da Saúde;**

BRASIL. Resolução RDC N° 222, DE 28 DE MARÇO DE 2018. Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências. Órgão emissor: **ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária;**

COMETTI, R.R.;GUEDES, V.L. **Jogo de tabuleiro “vamos brincar de aprender”:** subsidio para **atividades educativas de educação ambiental**. Educação Ambiental em Ação, v. 60, 2017;

CRUZ, A.S. et al. **Gerenciamento De Resíduos Nos Serviços De Saúde: Relato De Experiência**. In: Congresso de Iniciação Científica da FASB, 17, 2019, Barreira;

PEREIRA, D.V.R. **Gerenciamento De Resíduos De Serviços De Saúde Nas Unidades De Estratégia De Saúde Da Família**. 2018. 82 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Ambientais) - Centro Univer-

sitário de Anápolis, Anápolis, GO, 2018;

SILVA, L.E. et al. Gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde: atenção básica e hospitalar. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, v.08, n.02, p, 318-336, maio.2017;

SILVA, M.W. et al. **Análise da gestão dos resíduos sólidos de quatro unidades de saúde de porto alegre - rs**. In: FÓRUM INTERNACIONAL DE RESÍDUOS SÓLIDOS, 9., 2018, Porto Alegre. Porto Alegre: Instituto Venturi Para Estudos Ambientais, 2018;

SIMÕES, A. L. S. et al. Intervenção educativa no manejo de resíduos de serviços de saúde na atenção básica. **REFACS**, Uberaba, MG, v. 7, n. 4, p. 519-525, 2019;

SZCZERBOWSKI, A.C.; Morais, C.R. **Manejo De Resíduos Sólidos Em Unidade Básica De Saúde Da Cidade De Estrela Do Sul, Minas Gerais, Brasil**. Estrela do Sul: Minas Gerais, v.6, n.11, p. 29-40, 2017;

VIEIRA, C.S.et al. **Manejo de resíduos de serviços de saúde em uma Unidade Básica de Saúde vinculada a uma Instituição de Ensino Superior**. Universidade Federal de Santa Maria: Santa Maria, Ciência e Natura v.38 n.3, 2016, p. 1580 – 1589, set-dez.2016.

HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR NO CONTEXTO PEDIÁTRICO: COMO OFERECER UM ATENDIMENTO DIFERENCIADO.

Francisca Paula Lima da Silva¹

Iraneide Silva Rocha²

Josenilson Neves Ferreira³

RESUMO

O presente trabalho visa discutir a humanização no ambiente hospitalar pediátrico e seus diversos aspectos, físicos e humanos. Trata-se de um estudo teórico, com base em diversos trabalhos, e análise da legislação brasileira sobre o tema, com o objetivo de apresentar uma proposta de inovação para os estabelecimentos de saúde da capital, sugeriu-se divulgação e implementação da Lei 11.104/2005 que trata da criação de brinquedoteca em hospitais pediátricos, tendo como premissa a promoção da saúde de qualidade para a população como assegurado na Constituição Federal. Os gestores dos estabelecimentos de saúde precisam possibilitar um atendimento de qualidade para promover uma recuperação mais rápida e eficaz das crianças em atendimento hospitalar.

Palavras-Chave: Humanização hospitalar; Contexto pediátrico; Atendimento diferenciado.

INTRODUÇÃO

O Ambiente hospitalar é um local onde as pessoas procuram para uma solução de um problema físico ou emocional, no entanto, o ambiente e o atendimento inadequado, podem gerar um problema maior ao paciente, ocasionando um tempo maior dentro do hospital, especialmente em se tratando do público infantil.

O hospital é tido como um ambiente mórbido, onde pessoas não gostariam de permanecer ou ficar por um tempo prolongado, mais existem experiências que apontam que o tempo de internação pode se reduzir a um tempo menor, de acordo com um ambiente diferenciado e um atendimento humanizado.

Objetivos

Geral

Apresentar uma proposta de inovação para ambientes hospitalares destinados ao público infantil.

Específicos

Analisar como o ambiente (espaço físico) e atendimento podem interferir na recuperação de pacientes.

Analisar como a humanização hospitalar pediátrica pode contribuir para a cura do paciente.

1Aluna do Curso de Gestão Hospitalar da Faculdade Laboro, e-mail: franciscalima4574@gmail.com

2 Aluna do Curso de Gestão Hospitalar da Faculdade Laboro, e-mail: iraneide.srocha@gmail.com

3 Orientador (a) do Trabalho. Professor da Faculdade Laboro. e-mail: nilson.neves.10@hotmail.com

Propor medidas para otimizar o tempo de internação de pacientes através de espaços humanizados.

Justificativa

Possibilitar um atendimento diferenciado ao público infantil.

CONTEXTUALIZAÇÃO DA HUMANIZAÇÃO

De acordo com uma pesquisa realizada em 1980 observou-se que pacientes que mantinham contato com a natureza recuperavam-se mais rápido desta forma foi possível constatar que a saúde do corpo e da mente está diretamente relacionada à saúde do ambiente, ou a sua humanização.

Embora a humanização no hospital seja um tema relativamente novo, há registros de um hospital de La Santa Creu I Sant Pau em Barcelona construído em 1902, onde o arquiteto LLuis Domènech I Montaner, se preocupou com as questões de luminosidade e vegetação para garantir assim a sensação de bem-estar dos pacientes, tornando o ambiente mais humanizado.

Faz-se necessário definirmos o termo humanização no contexto hospitalar, de acordo com Esteves (2014) apud Duarte e Noro:

A humanização hospitalar deve consistir em “[...] ofertar atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com o acolhimento, com melhorias dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais”.

Em vigor desde 2003 a Política Nacional de Humanização, foi criada para efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) com o objetivo de qualificar a saúde pública no país, trata especialmente de dois pontos: atenção e gestão.

A humanização não está voltada para humanizar as pessoas e sim para adequar ambientes hospitalares desde o atendimento da recepção até o atendimento médico, para que o paciente sinta-se acolhido dentro do mesmo.

De acordo com Silva (2013) as propostas inovadoras feitas pela enfermeira Florence Nightngale tiveram o papel fundamental e decisivo na humanização nos hospitais, como exemplo podemos destacar a incorporação da luz solar como forma de assepsia, suas contribuições serviram para pensar ambientes hospitalares com foco no doente e não na prática médica.

HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR NO CONTEXTO PEDIÁTRICO

A humanização consiste em um conjunto de parâmetros, medidas, procedimentos e atitudes que possibilitem uma melhor qualidade no serviço prestado ao paciente.

O atendimento pediátrico deve ser diferenciado dentro de o ambiente hospitalar, para que a criança não se sinta coagida dentro do mesmo. De acordo com alguns estudiosos existem alguns comportamentos que podem ser observados se o ambiente ou o atendimento não forem adequados, são eles: choro forte e contínuo, intensidade de movimentos físicos, chama desesperadamente pela mãe, ansiedade manifestação de apatia, inibição para brincar, mau humor, desconfiança, essas atitudes podem dificultar o atendimento prestado pelo profissional, médico ou enfermeiro.

Algumas ações precisam favorecer a adaptação da criança no ambiente hospitalar, tais como: evitar procedimentos invasivos desnecessários, explicar os procedimentos hospitalares com o uso de brinquedos terapêuticos, sempre elogiar a colaboração da criança, incentiva-la sempre a verbalização.

Alguns psicólogos estudaram o comportamento de crianças que estavam internadas para realização de alguns tratamentos mais demorados como a quimioterapia, por exemplo. Realizaram alguns momentos de descontração mental com fábulas infantis para melhoria no quadro delas, constatou-se que começaram a interagir mais, fazendo com que as mesmas obtivessem a cura mais rápida ou uma melhor adaptação ao ambiente de tratamento, com menos sofrimento.

No entanto, se o ambiente proporcionar bem-estar e acolhimento, aliado a um atendimento profissional treinado com técnicas que possibilitem a realização dos procedimentos sem traumas e com descontração o atendimento será mais eficiente.

A arquitetura hospitalar para atendimento pediátrico apresenta-se como inovação na melhoria do atendimento infantil, uma vez que visa proporcionar a este grupo específico um atendimento diferenciado que possibilita a criação de espaços apropriados e mais acolhedores, com o uso de iluminação, cores, vegetação, decoração e mobiliários adequados, objeto entre outros de forma a evitar que esses ambientes sejam espaços frios e impessoais, favorecendo um processo de cura mais rápida da criança, diminuindo assim sua estadia no ambiente hospitalar.

A humanização consiste em um conjunto de parâmetros, medidas, procedimentos e atitudes.

A SEGUIR ALGUNS FATORES QUE PODEM CONTRIBUIR PARA A HUMANIZAÇÃO DE UM HOSPITAL

A influência das cores no ambiente hospitalar

Desde o antigo Egito as cores já eram utilizadas para o tratamento de doentes na construção de templos para os mesmos, no entanto a variação das cores dentro dos hospitais tem sido usadas como terapia para o paciente, segundo Silva (2014), “estudos indicam que as cores podem favorecer a cura e o bem estar aos pacientes em recuperação nas unidades de internação hospitalar. Apesar de alguns profissionais da área de saúde questionar sobre seus efeitos, eles tem sido gradativamente comprovados por pesquisadores”.

Segundo Farina (apud SILVA 2014, p. 25):

As cores influenciam o ser humano no caráter psicológico e fisiológico, “criando alegria ou tristeza, exaltação ou depressão, atividade ou passividade, calor ou frio, equilíbrio ou desequilíbrio, ordem ou desordem etc.” Elas podem imprimir sensações e reflexos, pois cada uma tem uma vibração determinada em nossos sentidos e atuam como estimulante ou perturbador na emoção, na consciência e em nossos impulsos e desejos.

Antigamente para setorização dos hospitais usavam como cores predominantes o azul e o verde, neste último caso, era utilizado apenas como simbologia representando esperança e fertilidade, hoje devidas alguns estudos constatou-se que as cores influenciam na vida dos pacientes, nesse sentido outras cores também tem sido utilizados.

Como afirma (SILVA, 2014):

Dentro de uma Unidade de Internação é possível analisar os diversos tipos de cores e a influência que estas causam sobre o indivíduo. Utilizadas adequadamente podem contribuir para diminuição do stress que aquele ambiente pode provocar. As cores influenciam na saúde, no sono, no estado de alerta e nas emoções, sendo fator

importante para ajuda na recuperação de pacientes em unidades de internação hospitalar e para eficiência dos profissionais de saúde. Verifica-se que em um hospital, cada setor tem a necessidade de uma ambientação diferente para que as atividades ali desempenhadas se desenvolvam com eficácia. Com isso o esquema cromático deve ser analisado através das finalidades e dos objetivos que a cor irá desempenhar o ambiente.

A seguir as cores e sua influência:

Quadro 1 – Influência das cores

CORES	DISPOSIÇÃO PSÍQUICA
Azul	Tranquilizante
Verde	Muito tranquilizante
Vermelho	Muito irritante e intranquilizante
Laranja	Estimulante
Amarelo	Estimulante
Marrom	Estimulante
Violeta	Agressivo, intranquilizante, desestimulante

Fonte: SILVA, 2014.

No caso pediátrico podem ser usadas cores mais alegres e com temas infantis.

O USO DA ILUMINAÇÃO NO AMBIENTE HOSPITALAR

Iluminação Natural

No Brasil existem normas que regem os projetos hospitalares, no âmbito federal; as do Ministério da Saúde e da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), no âmbito municipal, os Planos Diretores e Códigos de Edificações. A portaria 1884/94 apresenta algumas recomendações para os ambientes hospitalares no que diz respeito à iluminação natural diz quais espaços devem priorizá-los e quais necessitam de iluminação artificial no campo de trabalho.

Segundo Corbella apud (MARTINS, 2004), “a iluminação natural traz benefícios para a saúde, porque dá a sensação psicológica do tempo, tanto cronológico quanto climático, no qual se vive. A luz artificial, necessária à noite e nos dias nublados, deve ser vista sempre como uma complementação e nunca como uma substituição da natural.”

A iluminação hospitalar deve considerar, a execução dos procedimentos médicos e a sensação agradável gerada nos pacientes, dessa forma diversos critérios devem ser observados, no caso dos pacientes pode ocasionar diferentes respostas emocionais uma vez que esse espaço é ocupado por pessoas fragilizadas e com alto nível de estresse. Dessa forma os ambientes devem ser amplos e bem iluminados com janelas.

Foram utilizados nesta ilustração a iluminação natural, trazendo a sensação de bem estar ao paciente.

Figura 1 - Hospital Copastar - RJ



Fonte: PEREZ, 2017.

Iluminação Artificial

A iluminação artificial influencia o equilíbrio fisiológico e psicológico dos usuários, é necessária a escolha da iluminação antes da escolha das cores, de acordo com Martins 2004, a quantidade e a qualidade da iluminação são os dois parâmetros a serem considerados. Quanto à quantidade, pode ser contínua ou intermitente, e a qualidade depende do índice de expressões e temperatura da cor.

Ressalta os aspectos básicos que devem ser analisados acerca da iluminação: níveis de iluminação de acordo com as exigências do conforto humano; sistemas de iluminação que podem ser direto, indireto ou misto; tipo de fonte de luz; eficiência luminosa; reprodução da cor. No caso dos hospitais, os diferentes tipos de usuários e as diversas atividades requerem estudos específicos para que proporcionem o bem-estar visual. (MIQUELIN apud MARTINS 2004).

Na figura abaixo da UTI Neonatal, a iluminação artificial foi pensada para fornecer luz direta e indireta de forma a proporcionar um ambiente apropriado para os recém-nascidos.

Figura 2 - Unidade Neonatal da Santa Casa de Juiz de Fora – MG



Fonte: LUMICENTE LIGHTING, 2017.

Uso do mobiliário, equipamentos e temas infantis

Para criar um ambiente mais aconchegante e divertido também são utilizadas pinturas com

temas infantis, proporciona um ambiente lúdico e descontração.

Figura 3 - Projeto Espaço Kids - Hospital Regional de São Paulo



Fonte: BARÃO, 2019.

No ambiente acima, foram utilizadas ilustrações com fundo do mar, corais, barquinho e ancora, já na figura 04 podemos ver a pintura no aparelho de ressonância magnética e tema de floresta no restante da sala, que podem criar um clima bem mais descontraído na hora da realização de exames.

Figura 4 - Hospital Infantil Varela Santiago - Rio Grande do Norte - Natal



Fonte: FREIRE, 2019.

Na sala de atendimento abaixo, além dos monitores presos ao teto, provavelmente para exibição de desenhos, também foram pintadas na parede o tema de floresta.

Figura 5 - Hospital da Criança José Alencar, Distrito Federal



Fonte: CLAUDIA, 2017.

Figura 6 - Tema a Vila Sésamo, o Núcleo Infantil da Rede Fleury



Fonte: BARÃO, 2019.

Além de toda parte da infraestrutura física, equipamentos, iluminação, ventilação, cores e temas infantis é necessário também o treinamento de toda equipe de atendimento, ou seja, médicos, enfermeiros e atendentes em geral. Outro fator importante é o uso de jalecos e equipamentos com temas infantis para um acolhimento mais eficaz.

Existem ainda outras atividades que podem ser desenvolvidas para tornar o ambiente hospitalar menos traumático para o público infantil, são as terapias alternativas: terapia do riso, musicoterapia etc., essas atividades podem ser desenvolvidas dentro de uma brinquedoteca, ou dentro das salas para pacientes que não podem sair do ambiente, por causa de sua baixa imunidade.

Para que um estabelecimento de saúde infantil seja adequado de acordo com tudo o que foi explanado nesta pesquisa, faz-se necessário a contratação de profissionais especializados para execução do projeto.

Proposta para humanização dos hospitais em São Luís

No passado o atendimento hospitalar estava mais voltado ao aspecto biológico do indivíduo: ou seja, da doença em si, no entanto mais recentemente tem se levado em consideração, o indivíduo em toda sua dimensão, psicológica, sociológica e biológica.

Quando a criança está internada há uma quebra na rotina da brincadeira que é algo peculiar nesta idade, então a brinquedoteca possibilita que esse ambiente desconhecido, frio de pessoas estranhas onde ela será medicada, se transforme num mais próximo de rotina fora desse ambiente.

A criação de espaço de brinquedoteca no ambiente hospitalar é uma forma de integrar a criança no mesmo. Para a criança a brincadeira é uma atividade essencial, pois elas possibilitam o equilíbrio das tensões, trabalha as necessidades cognitivas, psicológicas servindo como suporte para a criação de conhecimento, possibilitando o desenvolvimento das estruturas mentais, se apresentando como uma ferramenta capaz de contribuir para o processo de reabilitação cura da criança.

Diante do exposto anteriormente e tendo em vista a Lei 11.104/2005, que dispõe sobre a obrigatoriedade de instalação de brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação, propomos que esta seja implementada nas unidades de

saúde de São Luís, uma vez que a não observância da mesma configura-se como ato de infração, como disposto no artigo 3º da referida Lei:

Art.3º A inobservância do disposto no art.1º desta Lei configura infração à legislação sanitária federal e sujeita seus infratores às penalidades previstas no inciso II do art.10 da Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977. obs.dji.grau.1: Art.10, II, Infrações e Penalidades – Infrações à Legislação Sanitária Federal e as Sanções Respectivas – L-006.437-1977. (BRASIL, 1977).

Figura 7 - Imagem de uma brinquedoteca no hospital



Fonte: HERDY, 2014.

Mais que um espaço para brincadeiras, as brinquedotecas são espaços terapêuticos tanto para os pacientes como para seus acompanhantes. Deve-se levar em consideração o cuidado com dev-ida higienização dos brinquedos para proporcionar maior segurança aos usuários.

Nesse ambiente as crianças também podem interagir com outras crianças, recriando o ambi-ente que teriam fora do ambiente hospitalar, minimizando a dor e os traumas psicológicos gera-dos no período de internação, e conseqüentemente tornando o espaço mais atrativo.

Figura 8 - Momento de descontração de crianças na brinquedoteca



Fonte: JANIRO, 2016.

METODOLOGIA

- Pesquisas Bibliográficas (livros, artigos científicos, monografias, revistas websites).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando que existe desde 2003 uma Política Nacional de Humanização dos estabelecimentos de saúde, faz-se necessário divulgar e conscientizar gestores hospitalares, no sentido de buscar medidas para execução dessa política, além de promover campanhas educativas para implementação da legislação existente sobre a criação de brinquedotecas como proposta de inovação nos estabelecimentos de saúde pediátrica de São Luís.

Tais medidas se justificam diante da necessidade de oferecer um atendimento hospitalar pediátrico eficaz e dentro de padrões de qualidade que permitam a recuperação mais rápida dos pacientes. Buscando assim por mudanças no ambiente hospitalar através da humanização; tanto com mudanças físicas, como no atendimento através de colaboradores, médicos, enfermeiros e atendentes, dessa forma promovendo a saúde e o bem-estar dos pacientes desde o início do atendimento até sua saída do hospital.

REFERÊNCIAS

BARÃO, Vitor. **Fleury medicina e saúde: vila da saúde**, 2019. Disponível em: <<http://acr.arq.br/projeto/fleury-medicina-e-saude-vila-da-saude>> Acesso em 15 out. 2019.

BRASIL. **Lei n. 6.437, de 20 de agosto de 1977**. Configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências. Disponível em< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6437.htm> Acesso em: 20 out. 2019.

CLÁUDIA. **Hospital infantil de verdade ou de mentirinha?**, 2017. Disponível em: <<https://defren-paraomar.com/hospital-infantil-de-verdade/>> Acesso em: 13 out. 2019.

ESTEVES. Carla Hiolanda, ANTUNES. Conceição, CAIRES. Susana. **Humanização em contexto pediátrico: o papel dos palhaços na melhoria do ambiente vivido pela criança hospitalizada**. Botucatu, 2014.

FREIRE, Ulysses. **Hospital Infantil Varela Santiago ganha trabalho de humanização com o projeto Elos Em Ação**, 2019. Disponível em: <<http://canindesoares.com/hospital-infantil-varela-santiago-ganha-trabalho-de-humanizacao-com-o-projeto-elos-em-acao>> Acesso em: 19 out., 2019.

HERDY, Petri. **Brinquedoteca em ambiente Hospitalar tem crescido no país**, 2014. Disponível em<<http://www.astraliza.com/petriherdy/item/284-brinquedoteca-em-ambiente-hospitalar-tem-crescido-no-pais>> Acesso em: 16 out. 2019.

JANIRO, Ane Caroline. **Como a brinquedoteca hospitalar contribui na recuperação infantil**, 2016. Disponível em: <<https://psicologiaacessivel.net/2016/08/19/como-a-brinquedoteca-hospitalar-contribui-na-recuperacao-infantil/>> Acesso em: 19 out. 2019.

LUMICENTE LIGHTING. **Iluminação LED para ambientes hospitalares**, 2017. Disponível em: <<http://www.lumicenteriluminacao.com.br/obra-uti-neonatal/>> Acesso em: 19 out. 2019.

MARTINS, Vânia Paiva. A humanização e o ambiente físico hospitalar. **Anais do I Congresso Nacional da ABDEH - IV Seminário de Engenharia Clínica**, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizacao_ambiente_fisico.pdf> Acesso em: 15 out. 2019.

PEREZ, Silva. **O novo design da saúde**: Iluminação natural, cores e espaços privativos são marcas da moderna arquitetura hospitalar. O objetivo é criar ambientes mais acolhedores para pacientes e familiares. Disponível em: <<https://istoe.com.br/o-novo-design-da-saude/>>. Acesso em: 19 out. 2019.

SILVA, Laís Martini da. **Revista Especialize On-line IPOG**. 8. ed., n. 9, v. 1, Goiânia, dezembro, 2014. Disponível em: <<https://studylibpt.com/doc/3045955/como-as-cores-influenciam-pacientes-em-ambientes-de>> Acesso em: 17 out. 2019.

PROGRAMA DE ACOMPANHAMENTO AOS PACIENTES COM TUBERCULOSE¹

Gabrielle D. Ribeiro²

Ilka K. P. Belfort³

RESUMO

A tuberculose está inserida no grupo de doenças crônicas e tem tratamento desde 1960. Hoje, o seu tratamento é garantido pela rede pública de saúde, estando às unidades básicas responsáveis pelo acesso do paciente ao tratamento. Apesar disso há um aumento no número de casos da doença, ou seja, as estratégias traçadas para o controle da doença são falhas. Com base nisso, este estudo busca criar uma nova estratégia que vise sanar esse problema através da criação de um programa de acompanhamento, inserindo os familiares dos pacientes no tratamento da Tuberculose. Espera-se com isso diminuir o número de desistência do tratamento pelo paciente, além de acabar preconceito que possa existir dos familiares para com o paciente.

Palavras-Chave: Tuberculose; Doença Crônica; acompanhamento Familiar; Stop TB.

ABSTRACT

Tuberculosis is inserted in the group chronic diseases and has been treated since 1960. Today, its treatment is guaranteed by the public health network, being the basic units responsible for patients access to treatment. Despite this there is an increase, that is, the strategies outlined for the control of the disease are flawed. Based on this, this study seeks to create a new strategy that aims to remedy this problem through the creation of a follow-up program, including family members of patients in the treatment of tuberculosis. This is expected to reduce the number of treatment dropouts by the patient, as well as ending prejudice that may exist from family members to the patient.

Keywords: Tuberculosis, Chronic Disease, Family Monitoring, Stop TB.

1 INTRODUÇÃO

A tuberculose é uma doença milenar presente em todo o mundo, cuja bactéria causadora é o *Mycobacterium Tuberculosis*, onde se acredita que aproximadamente um terço da população mundial esteja infectada por este, e com grande chance de desenvolver a doença. Apesar de se fazer presente em todo o mundo, os países mais atingidos pela tuberculose são os desenvolvidos e em desenvolvimento. (PILLER, 2012) Nos países desenvolvidos os mais atingidos são idosos e, principalmente, os imigrantes. Já nos países em desenvolvimento os mais infectados são as pessoas em situação de extrema pobreza e a população carcerária, devido a alguns determinantes sociais, como a baixa escolaridade da população e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

Mesmo a Tuberculose estando presente em todos os países, é possível elencar os 22 com maior número de casos anuais da doença, que de acordo com estudos estes concentram cerca de 80%

1 Trabalho apresentado para o III Congresso de Gestão Hospital da Faculdade Laboro em 2019

2 Aluno do Curso de Gestão Hospitalar da Faculdade Laboro, e-mail: gabrielleduval@gmail.com

3 Orientadora do Trabalho. Professora da Faculdade Laboro. e-mail: ilkabelfort@gmail.com

dos novos casos da doença no mundo (aproximadamente sete milhões, levando em conta que em todo mundo são mais de oito milhões de novos casos por ano), e ainda, que o Brasil ocupa entre a 15ª e a 16ª posição atrás de outros países como a Índia, que ocupa o primeiro lugar do ranking mundial da tuberculose.

Conforme PILLER (2012) acredita-se que 57 milhões de brasileiros estejam infectados com o *M. Tuberculosis*, o que resulta em um número de aproximadamente 37,2 casos da Tuberculose a cada 100 mil habitantes. Aponta também que há uma maior incidência de casos da doença entre os homens, isto porque a busca de atendimento médico preventivo é muito baixa, diferentemente do que ocorre entre as mulheres, onde há maior prática da saúde preventiva, o que faz com que a taxa de mortalidade em decorrência da tuberculose entre eles seja três vezes maior. Sendo assim, é visível que a Tuberculose ainda se faz bastante presente no cotidiano de muitos brasileiros, tornando-se necessário traçar novas estratégias que visem diminuir essa resistência por parte dos pacientes, buscando inserir toda a comunidade de forma concreta no controle da doença.

Os principais fatores que contribuem para que o Brasil esteja entre os 22 países com mais casos da doença no mundo são: o fato de ser um país em desenvolvimento; o alto índice da população que vive em situação de pobreza; a dificuldade no acesso aos serviços de saúde; e a falta de investimentos na saúde pública, entre outros. Ademais, o aumento do número de novos casos da tuberculose no país também se deve ao alto índice de desistência do tratamento, uma vez que após a interrupção do tratamento o paciente volta a ser transmissor da doença. Há diversos aspectos que contribuem para essa desistência, sendo a falta de profissionais qualificados neste tipo de tratamento, o número reduzido de profissionais nas unidades de saúde e a falta de informação da população sobre a tuberculose, que gera o preconceito entre os pacientes e seus familiares (MORROE et al, 2007).

Desse modo, faz-se importante a discussão a cerca desse tema, a tuberculose, pois esta faz parte da vida de milhares de brasileiros, os quais convivem com a doença silenciosamente, reprimidos pelo medo e vergonha. É de suma importância quebrar esse tabu de que paciente com tuberculose precisa ser isolado, tendo em vista que se seguir o tratamento corretamente, logo no primeiro mês já deixa de transmitir a doença. Dessa forma, observando o cenário da tuberculose no mundo, e principalmente no Brasil, este estudo busca criar uma nova estratégia que acabe com o alto índice de abandono do tratamento, através da criação de um **Programa de Acompanhamento Pelos Familiares aos Pacientes com Tuberculose**, que irá incluir toda a população e especialmente os familiares dos pacientes no processo de tratamento, por meio de um minicurso, que terá como objetivo levar todas as informações sobre a tuberculose, para que se acabe o preconceito existente, já que este dificulta tanto o processo de tratamento, quanto o próprio diagnóstico precoce da doença, além de qualificar os familiares para o acompanhamento durante o tratamento.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

A Tuberculose está no grupo de doenças consideradas crônicas e tem tratamento desde 1960, mas por ser uma doença presente em todos os países e levando em consideração o crescente aumento de novos casos da doença anualmente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1993 declarou a Tuberculose como emergência sanitária, chamando à atenção de todos para importância de se alcançar o controle da doença o mais rápido possível, investindo em políticas de saúde que vise o mesmo. Após a declaração da OMS, nasceu a estratégia **Stop TB**, que veio com o obje-

tivo de diminuir o número de casos da doença em todo planeta, a partir de metas a nível mundial como, por exemplo, a descoberta de aproximadamente 70% dos casos de tuberculose existentes e a cura de 85% desses casos (PILLER, 2012).

No ano 2000, a Organização das Nações Unidas (ONU) criou "**metas do milênio**", onde a tuberculose estava incluída com objetivo de se obter o controle da doença até 2015. Vários países compactuaram com esta meta, entre eles o Brasil que, preocupado com os crescentes números de casos da doença, a inseriu em diversos programas como, por exemplo, o **Programa Mais Saúde**, objetivando alcançar o controle da doença. E objetivando isso o Brasil tornou-se o primeiro País a implantar o tratamento de curta duração de seis meses em 1980 (CHERENOS e MEIRELLES, 2011), buscando deixar mais curto e mais rápido o tratamento da tuberculose, objetivando o aumento de diagnóstico e de cura. Mas apesar da existência do tratamento, que dura de seis a nove meses, é possível notar a resistência de muitos pacientes ao diagnóstico e até mesmo ao próprio tratamento.

De acordo com a estratégia **stop** e as **metas do milênio** até o ano de 2015 esperava-se reduzir pela metade a prevalência de mortes em decorrência da Tuberculose, comparados com os índices de mortalidade da doença na década de 90, e até o ano de 2050 conseguir diminuir o número de casos da doença anualmente para menos de um caso a cada milhão de habitantes por ano. Porém, apesar da existência de várias estratégias almejando esse propósito, ainda assim é alto o número de casos da doença por ano em todo mundo. Segundo a OMS acredita-se que cerca de 1,9 milhões de pessoas vão a óbito por ano em decorrência da tuberculose, e cerca de 98% dos casos são em países em desenvolvimento, em virtude principalmente da pobreza e do meio urbano, estimula-se também que mais de 350.000 dos casos de mortes decorrentes da doença estão ligados diretamente com a síndrome da imunodeficiência adquirida (HIV) (HIJJAR; OLIVEIRA; TEXEIRA, 2001). A Tuberculose e a AIDS tem uma interação sinérgica (PILLER, 2012), ou seja, a AIDS acentua com a progressão da Tuberculose e vice-versa. De acordo com estudos o vírus da AIDS é um dos maiores fatores de risco para que uma pessoa adquira a tuberculose ativa, além de aumentar as chances dessa pessoa de ter vários episódios da doença.

Na população mais vulnerável, que são as pessoas que vivem na periferia das cidades, sem saneamento básico e com dificuldade no acesso aos Serviços de Saúde, o número de casos da doença é maior do que a média nacional. Porém quem sofre mais com a doença é a população negra, carcerária, portadores de HIV e principalmente a população que vive em condições de moradia precária, como os moradores de rua, entre os quais os números de casos da doença chega a ser 67 vezes maior que a média nacional.

De acordo com HIJJAR, OLIVEIRA e TEXEIRA (2001), por ano surgem em média mais de oito milhões de novos casos da doença em todo o mundo, e com base nesse número acredita-se que até 2020, se esse cenário não for revertido, será mais de um bilhão de pessoas infectadas pelo *Mycobacterium tuberculosis* e aproximadamente 200 milhões de pessoas irão adoecer, e mais de 33 milhões de pessoas irão a óbito em decorrência da doença. E ainda, de acordo com pesquisas, até 2020 mais de 55% das mortes de adultos, principalmente em países em desenvolvimento, terá como principal causa a Tuberculose. Com isso é possível observar que todos os números previstos através de estudos vão contra as principais propostas de controle e possivelmente erradicação da doença presente nas **metas do milênio**, proposta pela ONU, e na **estratégia stop TB**, cujo principal objetivo era o controle da doença até o ano de 2015.

O Brasil por ser um país em desenvolvimento concentra parte dos números de casos da TB, o que o coloca no ranking mundial, dos 22 países responsáveis por cerca de 80% de casos da doença, mas também é um dos países que assumiram o compromisso que objetiva o controle da doença, e em 2009 obteve uma média de 71% de cura nos casos diagnosticados. No país são cerca de 116 mil novos casos diagnosticados por ano, porém esse número ainda é considerado pequeno diante do cenário real da tuberculose no país, e isso se deve ao fato que grande parte dos casos não são notificados. Nos últimos anos o número de casos notificados da doença variaram entre 80 e 90 mil por ano, reforçando que existe falha nas notificações de novos casos da doença, o que indica que esse número possa ser ainda maior, mostrando que as políticas desenvolvidas para se alcançar o controle da tuberculose ainda são falhas.

Segundo HIJJAR, OLIVEIRA e TEXEIRA (2001), nos anos 2000 o coeficiente de novos casos da tuberculose foi de 48,4 para cada 1000 mil habitantes. Porém nos últimos anos houve uma queda no surgimento de novos casos da tuberculose, mas ainda é preocupante o número de casos diagnosticados, sendo ainda mais preocupante quando se refere às populações mais vulneráveis, que é o caso dos moradores de rua, que segundo estudos são os que mais estão propensos a desenvolverem a doença, justamente pela condição em que estes vivem, ou seja, quanto mais pobre mais vulnerável as pessoas estão em relação à doença.

3. MÉTODO

O presente artigo utilizou como embasamento teórico pesquisas realizadas com objetivo de retratar a tuberculose em todo o mundo. Estudaram-se artigos publicados entre os anos de 1999 a 2012, onde se utilizou como plataforma de pesquisa o Google Acadêmico junto a base de dados Scielo, utilizando como palavras chaves: tuberculose; tratamento da tuberculose; tuberculose no brasil e atenção básica de saúde. Buscou-se Pesquisar principalmente as formas de tratamento da tuberculose já existentes, além dos números da doença, pois o este estudo busca sugerir uma nova alternativa no tratamento da doença.

No segundo passo utilizou-se a estratégia de criação do **Programa de Acompanhamento Pelos Familiares ao Pacientes com Tuberculose**, este programa contará com um minicurso ministrado por um profissional de saúde qualificado, no tratamento da tuberculose. O minicurso terá duração de quatro encontros, onde nestes será entregue uma cartilha com informações sobre a doença, mas além da cartilha os familiares poderão tirar toda e qualquer dúvida existente, sobre a tuberculose, com o profissional que estará ministrando o minicurso. Com este minicurso não só os familiares dos pacientes, mas a população de forma geral terão todas as informações sobre a tuberculose, além de no final do minicurso receberem um certificado atestando que estes estão aptos para fazer o acompanhamento do paciente durante todo o tratamento, minimizando o fato de não haver profissionais o suficientes para acompanhar todos os pacientes e principalmente acabando o preconceito existente sobre a tuberculose e o paciente.

4. RESULTADOS e DISCUSSÃO

A Tuberculose é transmitida principalmente pelo ar, tendo como principais sintomas a tosse constante e presente por mais de três semanas, presença de escarro com ou sem sangue e dor no peito. Esses são os sintomas mais notáveis da doença, porém os sintomas podem variar de acordo com os órgãos afetados pela doença. O tratamento da tuberculose, quando feito corretamente,

oferece 100% de chance de cura ao paciente, mas quando o paciente não procura tratamento adequado ou interrompe o tratamento, e segundo estimativas, este pode infectar de 10 a 15 pessoas por ano, colocando em risco a saúde principalmente de seus familiares, isso por que para uma pessoa ser infectada precisa está por um longo período de tempo respirando o mesmo ar que o doente bacilífero. O tratamento da tuberculose é disponibilizado pela rede pública de saúde, através das unidades básicas, com responsabilidade dos municípios através de políticas que visam o controle da doença (BRITO, 2018).

Atualmente o paciente com sintomas da doença precisa buscar as unidades de saúde (atenção básica), onde ele será encaminhado para fazer o teste baciloscopia, conhecido popularmente como exame de escarro, e a cultura. Esses são os principais testes realizados no Brasil para o diagnóstico da tuberculose, mas além desses testes ainda é possível se fazer o teste rápido molecular, onde o resultado demora cerca de duas horas para se obter o resultado, e todos esses testes podem ser feitos na rede pública de saúde. Porém o teste rápido molecular apesar de ser rápido, não está presente em todas as unidades de saúde o que também influencia na demora no diagnóstico impedindo o início precoce do tratamento.

Após o diagnóstico da doença, o paciente inicia o tratamento, e em cerca de 21 dias após o início já deixa de transmitir a doença, mas é preciso continuar o tratamento até o fim, pois uma vez interrompido o tratamento o paciente volta a transmitir a doença. E de acordo com CHIRINOS & MEIRELLES (2011) cada vez mais é crescente número de pacientes que tendem a desistir do tratamento, o que reflete no grande índice de alta, por abandono do tratamento, no Brasil onde taxa de desistência representa cerca de 17%, podendo ser ainda mais elevada em algumas regiões do país.

Existem várias estratégias cuja finalidade é auxiliar no tratamento e controle da tuberculose, e uma das estratégias é a **Quimioprofilaxia**, onde esta busca alcançar o controle da tuberculose através do tratamento preventivo, buscando o diagnóstico precoce, com ênfase aos bacilíferos e no tratamento dos casos diagnosticados. A **Quimioprofilaxia** objetiva a proteção individual das pessoas mais propensas à doença, buscando evitar que pacientes infectados pelo Mycobacterium Tuberculosis passem para a condição de doentes. É importante ressaltar que a pessoa infectada não necessariamente vá desenvolver a doença, porém após ser infectada o indivíduo corre maior risco de evoluir para a doença nos dois primeiros anos após a infecção, mas o risco se torna ainda maior em crianças de até cinco anos e em pessoas imunodeprimidas (SANT'ANNA, 2007).

A **Quimioprofilaxia** emprega o uso de determinados medicamentos, com objetivo de prevenir a tuberculose nas populações mais vulneráveis, utilizando principalmente a Isoniazida (INH). O Tratamento de prevenção da tuberculose se divide na quimioprofilaxia primária, que é destinada aos recém-nascidos de mães bacilíferas ou que tenham contato com pacientes bacilíferos, onde o paciente toma durante os três primeiros meses a dose da INH, e a quimioprofilaxia secundária, que é destinada às populações mais vulneráveis, como, por exemplo, a população indígena (SANT'ANNA, 2007).

Além do tratamento preventivo da tuberculose, também existe outras estratégias que buscam tratar e alcançar o controle da doença, como é o caso da estratégia **DOTS**, que é uma sigla em inglês cujo significado em português é "tratamento diretamente observado de curta duração. A estratégia **DOTS** foi proposta pela OMS, com o objetivo de alcançar até 75% de cura dos casos diagnosticados e diminuir em 5% o número de desistência do tratamento pelo paciente, sendo

esta, composta por cinco componentes e um deles é o compromisso do poder público em colocar o controle da doença como prioridade entre as políticas de saúde (SÁ et al, 2008).

Apesar das estratégias traçadas para se alcançar o controle da doença, ainda é possível notar grande dificuldade em se alcançar esse objetivo, e duas das principais falhas que afetam todo o processo de tratamento da tuberculose envolvem os profissionais de saúde e o preconceito ainda existente de forma geral sobre a doença. A falta de profissionais nas unidades de saúde dificulta o desenvolvimento das estratégias traçadas, onde também se torna a principal causa de acúmulo de funções pelos poucos funcionários existentes, além disso, a falta de capacitação dos profissionais de saúde, que são responsáveis pelo acompanhamento do paciente durante o tratamento, faz com que os pacientes se sintam intimidados, envergonhados e isso acaba contribuindo para o abandono do tratamento.

A qualificação dos profissionais de saúde é um fator importante para se alcançar o controle da doença, e observando isso, a OMS desde 2003 busca mostrar o quanto é importante que estes profissionais estejam devidamente qualificados para o acompanhamento dos pacientes durante o tratamento, e mostra que para se alcançar as metas traçadas para a tuberculose é preciso se adequar quantitativamente e qualitativamente os profissionais dentro das unidades (MONROE et al, 2008), e assim haverá profissionais qualificados e sem acúmulo de funções, deixando de ser um dos obstáculos presente no tratamento, tornando-se um ponto positivo no controle da doença. Mas além deste ainda existe outro obstáculo, que afeta de forma considerável não somente o tratamento, mas também o diagnóstico da doença, que é o preconceito bastante presente.

O preconceito, tanto do paciente bem como a sociedade de forma geral, também é um dos principais fatores que levam o paciente desistir do tratamento e na maioria das vezes a não procurar o atendimento médico, mesmo com a existência dos sintomas da doença.

O principal fator que contribui para a existência desse preconceito é a falta de informação, do paciente e a da sociedade. O paciente precisa saber a importância do diagnóstico precoce bem como seu tratamento, precisa ser apoiado por todos principalmente pela sua família, que tem um papel importantíssimo durante todo o tratamento da doença, pois todo o processo que envolve o tratamento não será uma fase fácil para o paciente, que terá de conviver com as medicações junto a seus efeitos colaterais e dietas que o acompanham durante todo o tratamento da doença, e isso modificará toda sua vida. É necessário se traçar uma nova estratégia, que leve em conta estes dois fatores, que são determinantes para o tratamento e para que se alcance o controle da tuberculose.

É preciso ir até as pessoas, estando elas doentes ou não, e levar informações sobre a doença, que a cada dia só aumenta em todo mundo. Pensando nisso este estudo propõe a criação de um novo programa destinado ao diagnóstico e o tratamento da tuberculose, tendo como principal objetivo diminuir drasticamente o número de altas de pacientes por desistência do tratamento. Uma vez que o paciente desiste do tratamento, pode voltar a ser transmissor da doença, podendo fazer com que o número de novos casos da doença aumente, sendo válido ressaltar que após a desistência do tratamento o paciente terá que reiniciar o tratamento novamente, causando assim um desconforto ainda maior e mais prolongado ao mesmo. Onde também é possível observar que com o aumento dos números relacionados à desistência do tratamento, aumenta-se também a resistência da doença em relação às drogas que são utilizadas durante todo esse processo, por isso é importante que o paciente cumpra o tratamento até o fim sem nenhuma interrupção.

Este programa visa levar informações sobre a tuberculose às pessoas de forma, com o objetivo

de acabar com o preconceito existente, principalmente dentro das famílias dos pacientes, além da existência desse preconceito entre os próprios profissionais de saúde, que por falta de qualificação afeta ainda mais o paciente.

Após o diagnóstico o paciente entra em contato como o médico e logo em seguida começa o tratamento com consultas com enfermeiros, porém nessa fase, após o diagnóstico, durante o acompanhamento é que acontece a desistência do tratamento pelo paciente, justamente por falhas no acompanhamento, medo e vergonha decorrente do preconceito causado pela falta de informação. O acompanhamento do paciente pelo profissional qualificado durante o tratamento é fundamental para que o paciente se sinta apoiado e motivado a concluir o tratamento, mas na maioria das vezes esse acompanhamento fica comprometido, pois este profissional é destinado a desenvolver outras funções, causando um acúmulo de tarefas impedindo que este se concentre e se dedique inteiramente a acompanhar o paciente.

O presente estudo, observando o alto número de desistência do tratamento, onde o medo e a vergonha que também leva as pessoas a não procurar o médico para um diagnóstico precoce, e percebendo que a uma das principais causas é a falta de informações por parte da população e do próprio paciente, além o número pequeno de profissionais existentes nas unidades de saúde. Este, busca sugerir a criação de um novo programa que sane todos esses obstáculos que se tornam uma barreira na busca pelo controle da tuberculose, um programa que se volte para a população, levando as informações sobre a doença até às pessoas, um programa que ajude os pacientes, que mostre o quão é importante a participação de todos no tratamento da doença, principalmente da família.

O **Programa de Acompanhamento Pelos Familiares aos Pacientes com Tuberculose** servirá para apoiar os pacientes antes, depois do diagnóstico e principalmente durante o tratamento, objetivando diminuir o número de alta por abandono. Além de servir como motivador para os pacientes, também levará informações sobre a doença, forma de transmissão e principalmente sobre o tratamento, para a população através de uma cartilha com todas essas informações objetivando diminuir o preconceito que existe em relação à tuberculose e principalmente ao paciente que sofre com o processo do tratamento.

O programa contará com a participação dos familiares dos pacientes durante todo o tratamento, ou seja, a família acompanhará o paciente durante todo o processo de cura, justamente por ser um processo doloroso para este. A família passará por um treinamento, que será a qualificação através de encontros que acontecerão no período de um mês, logo após o diagnóstico positivo para o paciente. Serão ao todo quatro encontros onde além das cartilhas sobre a doença, haverá o acompanhamento pelos profissionais qualificados, que irão tirar dúvidas existentes sobre a doença e o tratamento, mostrando como os familiares deverão agir durante o tratamento. Vale ressaltar que o programa de acompanhamento não objetiva somente os familiares dos pacientes, mas também o próprio paciente para que o mesmo saiba com será seu tratamento, e principalmente o quanto será apoiado durante esse processo.

Hoje às unidades de saúde são responsáveis pelo acompanhamento dos pacientes no tratamento da tuberculose, e pensando nisso este programa será implantado dentro das unidades, e estas serão responsáveis pela qualificação dos familiares durante o curso, que terá duração de quatro encontros, ou seja, os profissionais que antes acompanhavam os pacientes no tratamento irão ministrar os encontros. E no final do curso os familiares estarão qualificados e saberão tudo

sobre a doença bem como o tratamento e como acompanhar o paciente durante todo esse processo e quão isso será importante para o ele, no final do curso cada familiar receberá um certificado mostrando que este concluiu o curso.

O acompanhamento se dará desde o diagnóstico, na primeira consulta com o médico, nas consultas com os enfermeiros, verificando se o paciente está fazendo uso correto das medicações. O familiar por estar mais perto, por fazer parte da rotina do paciente servirá de apoio e de motivação para a não desistência do tratamento.

O programa se dividirá em duas fases, onde a primeira terá início com a divulgação do programa para toda a comunidade, pois todos estarão aptos a participar do curso, e logo após o diagnóstico positivo o agente de saúde irá entrar em contato com os familiares enfatizando a importância de todos participarem do tratamento junto o paciente, pois a tuberculose é uma doença que afeta não somente o paciente, mas toda a sua família. É necessário ressaltar que o programa de acompanhamento não estará voltado apenas para os familiares dos pacientes, mas a toda população, todos serão convidados a participar do curso como uma forma de derrubar os tabus e preconceitos que possam existir em relação o paciente e a doença, além de ser também uma forma de incluir toda essa comunidade na busca pelo controle da doença, mas será enfatizada a participação dos familiares dos pacientes com diagnóstico positivo para a tuberculose.

Após a primeira fase, haverá a preparação, a qualificação de todos, onde acontecerão os encontros organizados pela unidade de saúde, e nos encontros se falará sobre a doença, sintomas que devem ser observados e que podem ser considerados suspeitos e que na presença destes se deve procurar a unidade de saúde. E se o diagnóstico for positivo, iniciar o tratamento precocemente e continuar sem interrupções será fundamental e irá fazer bem tanto ao paciente como aos familiares e às pessoas que convivem com o este, e esta será a segunda fase, onde a qualificação dos familiares será colocada em prática durante o tratamento.

Observa-se que o número de desistência do tratamento da tuberculose é alto e, além disso, é necessário relatar que o fato de não houver aumento no número de notificações de casos novos de tuberculose, não necessariamente significa que os casos da doença estão diminuindo, ainda mais em um país como o Brasil que não atoa se encontra entre os 22 países, que como já citado anteriormente, são responsáveis por cerca de 80% dos casos da doença em todo o mundo. Mas pode significar que cada vez menos pessoas estão procurando as unidades de saúde, quando se nota a presença dos sintomas da doença, e isso se deve ao preconceito causado pela falta de informação causando medo e vergonha ao possível paciente.

O objetivo do **Programa de Acompanhamento Pelos Familiares aos Pacientes com Tuberculose** é diminuir o alto índice de desistência do tratamento, deixando o paciente mais confortável e motivado a concluir o tratamento, além disso, também se tornar uma ferramenta para solucionar falhas no atendimento e acompanhamento e a não procura de atendimento adequado pela população. O programa visa ser também uma forma de aliviar o acúmulo de tarefas por profissionais, em relação ao pequeno número de profissionais e várias funções a serem desenvolvidas nas unidades de saúde. É preciso levar informações claras sobre a tuberculose à população, e este programa leva isso em consideração, pois acabar com o preconceito também é uma forma de diminuir o índice de desistência e aumentar o número de casos diagnosticados.

6. CONCLUSÃO

Mediante as pesquisas sobre a Tuberculose, conclui-se que existem várias estratégias traçadas para se alcançar o controle da doença, como o **DOT'S** e a **Quimioprofilaxia**, mas é necessário ir mais além do que só pensar no tratamento correto para a doença. Traçar estratégias e criar programas é fundamental, porém é preciso tratar as populações vulneráveis antes mesmo destas serem infectadas pelo *Mycobacterium Tuberculosis*, ou seja, construir estratégias que visem acabar com os fatores que tornam essas pessoas vulneráveis à doença.

A criação do projeto sugerido pelo presente artigo busca ser uma importante ferramenta para se alcançar as metas traçadas para a doença, trazer a família ainda mais para perto do paciente, possibilitando que esta faça parte do tratamento e seja um apoio para o paciente durante todo o processo, e leva em consideração a importância de se propagar informações, para o paciente, para a família deste paciente e para a população de forma geral, sobre a tuberculose.

É preciso que os governantes se envolvam ainda mais nas ações voltadas para o controle da doença, que estes invistam em ações como saneamento básico e em políticas que objetivem diminuir a pobreza e entre outros fatores que tornam essas populações vulneráveis à tuberculose. E enquanto isso não acontece o que resta é criar programas e estratégias para minimizar e auxiliar no combate à doença.

7. REFERÊNCIAS

BRITO, D. **Brasil tem 34% dos casos de coinfeção de tuberculose e HIV do mundo**. mar. 2018. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2018-01/brasil-tem-34-dos-casos-de-coinfeccao-de-tuberculose-e-hiv-do-mundo>>. Acesso em: out. 2019.

CHIRINOS, N. E. C.; MEIRELLES, B. H. S. **Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose**: uma revisão integrativa. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil 2011.

HIJJAR, M. A.; OLIVEIRA, M. J. P. R.; TEXEIRA, G. M. **A tuberculose no Brasil e no mundo** boletim de pneumologia sanitária – vol. 9, nº 2 – jul/dez – 2001.

MONROE, A. A. et al. **Envolvimento de equipes da Atenção Básica no controle da Tuberculose** Ver. Esc. Enferm. USP www.ee.usp.br/reeusp/ 2007.

MORRONE, N.; SOLHA, M. S. S.; CRUVINEL, M. C.; MORRONE JR. N.; FREIRE, J. A. S.; BARBOSA, Z. L. M. **Tuberculose: tratamento supervisionado “vs” tratamento auto-administrado** Experiência ambulatorial em instituição filantrópica e revisão da literatura. Ipiranga-sanatorinhos ação comunitária de saúde, São Paulo, SP Brasil 1999.

RUFFINO-NETTO, A. **Tuberculose: a calamidade negligenciada**. faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da universidade de São Paulo, Ribeirão Preto SP 2001.

SÁ, L. D.; ANDRADE, M. N.; NOGUEIRA, J. A.; VILLA, T. C. S.; FIGUEIREDO, T.M. R. M.; QUEIROGA, R. P. F.; SOUSA, M. C.M. **Implantação da estratégia DOTS no controle na Paraíba: entre o compromisso político e o envolvimento das equipes do programa saúde da família (1999-2004)** Uni-

versidade Federal da Paraíba, escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de SP 2008.

SOUSA, S.S.; SILVA, D. M. V. **Passando pela experiência do tratamento para tuberculose**. Texto & contexto Enfermagem vol. 19 núm. 4. Universidade Federal de Santa Catarina Santa Catarina, Brasil 2010.

PILLER, R. V. B. **Epidemiologia da tuberculose**. Secretária Municipal e Defesa Civil do Rio de Janeiro, RJ Brasil 2012.

ACESSIBILIDADE DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA VISUAL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE¹

Geíza de Jesus Martins Lemos²

Maria Elizabeth Silva de Oliveira³

Josenilson Neves Ferreira⁴

RESUMO

Um olhar cuidadoso voltado para essas pessoas com deficiência visual permite perceber a complexidade e as dificuldades por elas enfrentadas, particularmente em situação de doença, pois nem sempre os serviços de saúde são planejados para facilitar o acesso de quem apresenta dificuldades de mobilidade e comunicação. A pesquisa vem contribuir para um aprofundamento nas questões relacionadas a acessibilidade dessa população aos serviços de saúde, tendo como objetivo analisar a acessibilidade aos serviços de saúde vividas por pessoas com deficiência visual.

Palavras-Chave: Deficiência visual; Acessibilidade; Serviços de Saúde.

INTRODUÇÃO

A deficiência visual é uma dessas necessidades especiais. Essa deficiência se refere à situação irreversível de diminuição de resposta visual em virtude de causas congênitas ou hereditárias e pode ser classificada como leve, moderada, severa e profunda (cegueira). No Brasil, segundo Dias (2007), devido à inexistência de dados confiáveis, é utilizada a estimativa de 1% da população. Isso corresponde a 1.693.000 pessoas com deficiência visual, considerando-se a população aferida no Censo 2000 (IBGE, 2010).

Em decorrência da condição, pessoas com deficiência visual estão mais expostas a comorbidades associadas à sua deficiência, resultando em maior necessidade de uso de serviços de saúde para a manutenção de sua integridade física e mental. Nesse cenário, a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência estabeleceu estratégias para atender de forma qualificada as pessoas com deficiência visual, adequando o espaço físico, a formação e capacitação de profissionais de saúde para atuar, desde a atenção básica, na Estratégia Saúde da Família, até o nível terciário de atendimento (Ministério da Saúde, 2012).

Esse estudo visa contribuir para a conscientização de toda a sociedade, governantes e profissionais de saúde, para que os recursos adaptados sejam mais disponibilizados e barreiras arquitetônicas e/ou sociais sejam removidas, de modo que esses sujeitos possam ter acesso aos serviços de saúde e a plena participação social com autonomia.

Objetivo Geral

- Analisar a acessibilidade aos serviços de saúde vividas por pessoas com deficiência visual.

1 Trabalho apresentado para o III Congresso de Gestão Hospital da Faculdade Laboro em 2019

2 Aluna do Curso de Gestão Hospitalar da Faculdade Laboro, e-mail: geisa_martins15@hotmail.com

3 Aluna do Curso de Gestão Hospitalar da Faculdade Laboro, e-mail: m.betholiveira@hotmail.com

4 Orientador (a) do Trabalho. Professor (a) da Faculdade Laboro. e-mail: josenilson@laboro.edu.br

Objetivos específicos

- Identificar o deslocamento aos serviços de saúde por pessoas com deficiência visual;
- Descrever sobre a acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência visual;
- Discorrer sobre as mudanças necessárias para avanço na acessibilidade por pessoas com deficiência visual.

Justificativa

Pessoas com deficiência estão mais expostas as comorbidades associadas à sua deficiência resultando em maior necessidade de uso de serviços de saúde para a manutenção de sua integridade física e mental. Entretanto, entre a necessidade de serviços e sua satisfação há a questão da acessibilidade aos serviços, que se não for adequadamente trabalhada pode fazer com que a pessoa com deficiência enfrente obstáculos que inviabilizem o seu acesso aos serviços de saúde.

Justificou-se a relevância deste presente artigo, o interesse de analisar como vem sendo tratado a questão da acessibilidade aos serviços de saúde vividas por pessoas com deficiência visual, verificando assim como essa relação está ocorrendo, pois ainda encontramos vários mitos e barreiras sobre a acessibilidade. O que se percebe na prática, é a falta de divulgação e informação sobre acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência visual, e não somente na educação.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa, cujo método de pesquisa, tem como objetivo agrupar e resumir resultados de pesquisas sobre determinada temática ou questão de forma reduzida e metódica contribuindo para melhor compreensão por meio da análise do fenômeno estudado. Desse modo, para a construção deste estudo de revisão integrativa foram seguidas seis etapas, que são descritas a seguir:

1ª etapa: estabelecimento da hipótese ou da questão da pesquisa que se constitui na elaboração da questão de pesquisa do tema delimitado para a construção da revisão integrativa e, posteriormente, a definição das palavras-chave para a estratégia de busca dos estudos. Nesse sentido, o estudo tem como questão norteadora: Quais os tipos de barreiras de acessibilidade das PcD aos serviços de saúde encontradas nas publicações online nos anos de 2009 a 2019.

2ª etapa: busca ou amostragem na literatura, que aconteceu da seguinte maneira: Após a escolha do tema pelo pesquisador e a formulação da questão de pesquisa, iniciou-se a busca nas bases de dados para identificação dos estudos que foram incluídos na revisão. de Dados de Enfermagem (BDENF).

3ª etapa: é caracterizada como a coleta de dados na qual foi utilizado como instrumento de coleta um formulário para guiar com objetividade as informações dos artigos, apresentando os seguintes itens: título do artigo, periódico/revista, ano, descritores, local/cidade da pesquisa, base de dados, tipo de estudo e PcD, acessibilidade aos serviços de saúde. O período de agrupamento dos dados e elaboração do estudo foi de setembro a novembro de 2019.

4ª etapa: análise crítica dos estudos incluídos, nesta fase, para garantir a validade da revisão, os estudos selecionados devem ser analisados detalhadamente. A análise deve ser realizada de maneira crítica, buscando explicações para os resultados diferentes. Cada estudo foi analisado quan-

to à questão norteadora por meio de uma leitura aprofundada e objetiva dos artigos. A análise crítica dos dados também foi realizada conforme conhecimento prévio da pesquisadora e da busca na literatura pertinente.

5ª etapa: discussão dos resultados, nessa etapa o pesquisador, fundamentado nos resultados da avaliação crítica dos estudos incluídos, realiza a comparação com o conhecimento teórico, a identificação de conclusões e implicações resultantes da revisão integrativa.

6ª etapa: apresentação da revisão integrativa, esta etapa constitui-se da elaboração do documento que deve contemplar a descrição das etapas percorridas pelo revisor e os principais resultados evidenciados da análise dos artigos incluídos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados apresentaram-se apresentam por categorização de acordo com os seguintes tópicos: deslocamento aos serviços de saúde por pessoas com deficiência visual, acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência visual e as mudanças necessárias para avanço na acessibilidade por pessoas com deficiência visual.

Deslocamento aos serviços de saúde por pessoas com deficiência visual

A respeito do meio de locomoção usado, foi possível identificar que além de ir andando, alguns das pessoas utilizam o transporte público e particular. Para tanto, a importância do item transporte para a estrutura familiar, no que diz respeito a gastos e qualidade em saúde, implica dispêndio financeiro e dificuldades no uso dos serviços de saúde segundo Cunha (2010).

Portanto, para Castro (2011) a literatura mostra que algumas pessoas com deficiência visual sentem a necessidade de acompanhantes, isso pode ser explicado pela falta de segurança em transitar no meio social sozinho, pela presença de possíveis barreiras arquitetônicas e sociais, ou pelo fato de uma atitude bastante frequente em relação às pessoas com deficiência visual, o sentimento de pena e superproteção por parte dos cuidadores e familiares. No entanto, em algumas situações, são as próprias pessoas com deficiência, que induz as pessoas próximas a executarem atividades que poderiam ser desempenhadas por elas mesmas, resultando em consequências negativas na independência destes indivíduos.

Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência visual

O termo acessibilidade teve início na década dos quarenta, inicialmente era descrita como condição de mobilidade e eliminação das barreiras arquitetônicas dando condições de acesso às pessoas com deficiência a edifícios e meios de transporte. No entanto, este conceito ampliou-se e, atualmente, a acessibilidade caracteriza-se como um paradigma da inclusão, compreendendo que as barreiras são mais complexas e vão além da questão de mobilidade (WAGNER,2010).

Percebe-se que são inúmeras as necessidades de melhorias da estrutura física das ruas e calçadas, além da adequação da entrada dos serviços de saúde, para que facilite o pleno uso por essas pessoas, como a colocação de pisos táteis e corrimão. Outro ponto importante que evidencia essa fragilidade é a necessidade de pedir ajuda para orientar o caminho. Diante disso, percebe-se que as dificuldades relatadas por pessoas com deficiência visual, atuam de forma a pressionar negativamente essas pessoas no uso dos serviços de saúde. Nesse sentido, evidencia-se a importância

da acessibilidade para a garantia do princípio da equidade do SUS, baseado na ideia de que todos os indivíduos de uma sociedade devem ter oportunidades iguais para desenvolver seu potencial de saúde para Reinaldi (2014).

Mudanças necessárias para avanço na acessibilidade por pessoas com deficiência visual

Para melhorar a acessibilidade nos serviços de saúde, tanto no aspecto físico, como social, mudanças são necessárias para este avanço. É notável que a pessoa com deficiência visual possua uma incapacidade relativa, parcial ou total para o desempenho de atividade dentro dos padrões considerados normais para qualquer ser humano. Porém, deve-se atentar para o fato de que essas pessoas podem realizar qualquer tipo de atividade desde que tenham condições e apoios adequados às suas características. Por isso, a necessidade de que se tenha um ambiente adaptado, com acesso físico garantido, formação adequada para as pessoas que trabalham nos serviços de saúde e profissionais mais preparados segundo David (2009).

Além, de que os profissionais de saúde são responsáveis pelo cuidado e pela educação em saúde, a fim de atender às necessidades biopsicossociais e espirituais do paciente, sendo imprescindível uma comunicação eficaz para estabelecer uma assistência adequada. Nesse contexto, a categoria evidencia a comunicação dos profissionais de saúde com as pessoas com deficiência como um avanço que deve ser melhorado. Nesta perspectiva, ressalta-se segundo Borges (2012) sobre a importância do desenvolvimento de atitudes básicas que venham a viabilizar a comunicação com pessoas com deficiência visual, como: descrever o ambiente e informar barreiras no percurso, pronunciar claramente as palavras, está atento às respostas não verbais, identificar-se e pedir que o usuário se identifique de modo a reconhecer sua individualidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presença e ausência de obstáculos ao uso de serviços de saúde, alcançando um tema mais abrangente e bastante importante em saúde pública: a equidade em saúde.

A equidade é um dos princípios doutrinários do SUS, que garante a igualdade de assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, devendo a rede de serviços estar atenta às necessidades reais da população a ser atendida.

Nesta perspectiva, é preciso que a temática da acessibilidade das pessoas com deficiência seja engajada nas escolas e nos novos currículos de graduação da área de saúde, incentivando a produção científica e garantindo a difusão do conhecimento e a conscientização da sociedade acerca dos reais problemas gerados pela falta de acessibilidade.

O estudo contribuiu para um aprofundamento nas questões relacionadas a acessibilidade dessa população aos serviços de saúde, subsidiando novas pesquisas, permitindo uma reflexão acerca de medidas que visem a inclusão social das pessoas com deficiência visual, principalmente na atenção a saúde, independentemente de suas limitações e livre de preconceitos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BORGES, **Cegos e Computador: Uma Interação que Explora o Potencial do Desenho**. Projetos de Acessibilidade do NCE/UFRJ, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <http://intervox.nce.ufrj.br/dosvox/textos/semenge.doc>. Acesso em: 10/ 11/2019.

CASTRO. **Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência.** Rev Saude Publica. 2011; 45(1):99-105.

CUNHA. **Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia,** Brasil, em gestão plena do sistema. Cad Saúde Pública. 2010; 26(4):725-37.

DAVID, JS. **Suporte social, promoção de saúde e saúde bucal na população idosa no Brasil.** Interface. 2009; 10(19):203-16. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832006000100014>. Acesso em: 10/11/2019.

DIAS. **Cidade acessível: igualdade de direitos e particularidades da pessoa com deficiência visual.** Rev pcisol. 2009; 21(1):197-8. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S1984-02922009000100018>. Acesso em: 10/11/2019.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo Demográfico 2010 - Resultados do universo.** Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em 29/10/2019.

Ministério da saúde (Br). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em 01/11/2019.

REINALDI. **Acessibilidade para pessoas com deficiência visual como fator de inclusão digital.** Univ Gestão e TI. 2011; 1(2):35-61.

WAGNER, LC. **Acessibilidade de pessoas com deficiência: o olhar de uma comunidade da periferia de Porto Alegre.** Ciência em Movimento. 2010; 12:55- 67. <http://dx.doi.org/10.15602/1983-9480/cmrs.v12n23p55-67>. Acesso em 14/11/2019.

O LIXO HOSPITALAR E A LIXEIRA INTELIGENTE 4.0

Jeferson Jailson de Sousa¹

Larissa Bianca Nazareth de Carvalho²

Ilka Kassandra P. Belfort³

RESUMO

Resíduos sólidos produzidos nas instituições prestadoras de assistência à saúde, também como conhecer o resíduo hospitalar possível de ser reciclado aplicando o provável processo de separação, aqui demonstrado através do esboço da ideia de criar uma lixeira capaz de identificar e separar o lixo por meio de captura de imagem, inovação aqui denominada de “Lixeira Inteligente 4.0”. Os resíduos são classificados pelo Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA) em sólidos e semissólidos, sendo de origem industrial, doméstico, hospitalar, comercial, agrícola, de serviços e de varrição. A Lixeira Inteligente 4.0 a princípio, é uma ideia que poderá futuramente ser desenvolvida de forma específica e abrangente, entretanto, para o presente trabalho a ideia vai ser explorada apenas em forma de esboço, mas retratando fielmente a ideia.

ABSTRACT

The present work is about solid waste produced in health care institutions, as well as how to know the hospital waste that can be recycled applying the probable process of separation, shown here by sketching the idea of creating a dump that can identify and separate garbage through image capture, an innovation here called “Smart Recycle Bin 4.0”. Waste is classified by the National Environmental Council (CONAMA) as solid and semi-solid, being of industrial, domestic, hospital, commercial, agricultural, service and sweeping origin. Intelligent Trash 4.0 at first is an idea that can be further developed in a specific and comprehensive way, however, for the present work the idea will be explored only in outline form, but faithfully portraying the idea.

KEY-WORDS: smart trash; segregation trash; hospital trash.

1 INTRODUÇÃO

Resíduos sólidos produzidos nas instituições prestadoras de assistência à saúde, também como conhecer o resíduo hospitalar possível de ser reciclado aplicando o provável processo de separação, aqui demonstrado através do esboço da ideia de criar uma lixeira capaz de identificar e separar o lixo por meio de captura de imagem, inovação aqui denominada de “Lixeira Inteligente 4.0”.

O meio ambiente está sendo constantemente atacado e degradado de diversas formas, entre essas formas uma das mais preocupantes e ocorrentes é o descarte dos resíduos sólidos na natureza, que vem sendo uma problemática abordada em diversos fóruns internacionais e nacionais, um exemplo foi a realização do 10º.

Fórum Internacional de Resíduos Sólidos, realizado na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do

1 Aluno do curso de Gestão Hospitalar: Jeferson Jailson de Sousa, e-mail: Jeffffjailson@gmail.com

2 Aluna do curso de Gestão Hospitalar: Larissa Bianca Nazareth de Carvalho, e-mail: Larissabianca-10@hotmail.com

3 Orientadora do trabalho. Professora da Faculdade Laboro, e-mail: ilkabelfort@gmail.com

Sul, pelo Instituto Venturi Para Estudos Ambientais em 2019, mostrando que o governo por meios de movimentos desse tipo vem se importando com a degradação causada pelos resíduos sólidos no meio ambiente (INSTITUTO VENTURI,2019).

A vários tipos de resíduos sólidos produzidos pelo ser humano, entre eles os resíduos hospitalares, que entre todas as formas de resíduos sólidos merece uma atenção especial, pois nesses resíduos existem diversos agravos que podem trazer um perigo para a saúde do meio ambiente, conseqüentemente para a saúde humana. Entretanto, vale ressaltar que nem todo lixo produzido pelos serviços de saúde é propriamente infectante (BRASIL, 1993).

Os resíduos são classificados pelo Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA) em sólidos e semissólidos, sendo de origem industrial, doméstico, hospitalar, comercial, agrícola, de serviços e de varrição (BRASIL, 1993).

Nos resíduos sólidos hospitalares pode-se identificar diversos componentes prejudiciais para a saúde humana e ao meio ambiente, tais elementos que podem ser classificados em 5 grupos segundo a ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) nos termos da Resolução RDC nº 33/03 (ANVISA,2011).

Em meios a diversas problemáticas relacionadas aos resíduos produzidos pelos serviços relacionados à saúde, algumas propostas vêm cuidando para que esses resíduos sejam descartados de forma certa. O trabalho tem como objetivo o desenvolvimento da ideia de uma lixeira que faça a separação do lixo infectante do lixo comum, assim podendo haver uma possível reciclagem do lixo comum, aqui denominada de Lixeira Inteligente 4.0.

2 JUSTIFICATIVA

É de crucial importância atender e conhecer as resoluções e leis acerca da correta separação dos resíduos sólidos, em especial os resíduos sólidos hospitalares que são de extrema importância para a sociedade em geral, pois o lixo produzidos pelos descartes de diversos serviços relacionados a saúde vem tomando conta de grandes espaços nos territórios de grandes centros urbanos, devido a isso é notado que à uma grande falta de políticas públicas que priorize a reciclagem dos resíduos que podem passar por algum tipo de reciclagem e a sistematização dos processos de segregação.

Entender que uma parte do lixo hospitalar pode ser reciclado é de vital importância para que o processo de segregação dos resíduos hospitalares ocorra com mais eficácia e disciplina, dessa forma mudando a cultura da sociedade de que todo resíduo proveniente de serviços hospitalares é infectante. Por meio dessa realidade que o presente trabalho aborda o esboço da ideia da lixeira que usa a tecnologia de identificação de imagens para fazer a separação do lixo produzido em serviços de saúde, assim fazendo com eficiência o processo de segregação do lixo hospitalar enfatizado na RDC 222/2018. Dessa forma, o objetivo do trabalho foi criar um projeto de uma lixeira inteligente 4.0 para a segregação adequada do lixo hospitalar infectante do lixo não infectante.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Lixo é basicamente todo e qualquer resíduo sólido proveniente das atividades humanas. No entanto o conceito mais atual é de que lixo é aquilo que ninguém quer ou não tem valor comercial. Neste caso, pouca coisa descartada pode ser chamada de lixo (BIDONE E POVINELLI, 1999).

Em geral, a maioria dos lixos produzidos nos hospitais não recebem nenhum tipo de tratamento ou segregação para um possível tratamento. Isso faz com que a maior parte do lixo hospitalar chegue no mesmo destino final que o lixo comum, mas, isso não significa dizer que todo lixo produzido no hospital tenha o caráter de infectante (BRILHANTE e CALDAS, 1999).

As instituições de saúde são as maiores produtoras de lixos infectante. Esse fato é devido à falta de separação do lixo infectante e do lixo não infectante, ou seja, ocorre a mistura do lixo que não estar infectado com o lixo que estar dificultando uma possível reciclagem do lixo hospitalar.

A resolução RDC nº222 de 28 de março de 2018 que regulamenta as boas práticas de gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde e dá outras providências no seu artigo 11 diz que “os resíduos de serviços de saúde (RSS) devem ser segregados no momento de sua geração, conforme classificação por grupos”, ou seja, é notório que grande parte das instituições de saúde não seguem essa resolução, isso mostra que o processo de segregação para uma possível reciclagem em grande parte é corrompido.

3.1 Lixo Hospitalar

A OMS (Organização Mundial de Saúde) define como resíduos sólidos dos serviços de saúde (RSS) todos os restos gerados em estabelecimentos de saúde, centros de pesquisa e laboratórios. Já no Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) demonstra esses entendimentos através das legislações RDC ANVISA 306 de 2004, RDC ANVISA 222 de 2018 e da Resolução CONAMA 358 de 2005, que define como RSS todo resíduo gerado em atividade de:

- Serviços relacionados com o atendimento à saúde humana ou animal, inclusive os serviços de assistência domiciliar e de trabalhos de campo
- Laboratórios analíticos de produtos para a 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 da saúde
- Centro de controle de zoonoses
- Distribuidores de produtos farmacêuticos
- Importadores, distribuidores produtores de materiais e controles para diagnóstico in vitro
- Unidades móveis de atendimento à saúde;
- Serviços de acupuntura
- Serviços de tatuagem
- Outros similares.

3.2 Tipos de Lixo Hospitalar

A RDC 306 de 7 de dezembro de 2004 e a resolução CONAMA 358 de 2005 classifica em grupos (A,B,C,D,E e E) os lixos produzido nos serviços hospitalares de acordo com o grau de risco de cada um, classificados assim:

Grupos	Classificação dos resíduos sólidos	Acondicionamento
Grupo A	Resíduos com a possível presença de agentes biológicos que por suas características de maior virulência ou concentração, podem apresentar riscos de infecção.	Saco branco leitoso com símbolo identificado como infectante.
Grupo B	Resíduos contendo substâncias químicas que podem apresentar risco à Saúde Pública ou ao Meio Ambiente, dependendo de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxicidade.	Acondicionado de forma a observar as exigências de compatibilidade química dos resíduos entre si
Grupo C	Quaisquer materiais resultantes de atividades humanas que contenham radia-nucleotídeos em quantidades superiores aos limites de isenção especificados nas normas do Conselho Nacional de Energia Nuclear (CNEN) e para os quais a reutilização é imprópria ou não prevista.	Deve ser acondicionado em recipientes de material rígido, forrado internamente com sacos plásticos resistentes e identificados.
Grupo D (comum)	Resíduos que não apresentam risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente, podendo ser equiparado aos resíduos domiciliares.	Deve ser acondicionados em saco preto, trocados quando atingirem 2/3 de sua capacidade, sendo substituídas pelo menos uma vez a cada 24 horas.
Grupo D (reciclável)	É composto por todo e qualquer material que pode ser reciclado.	Deve ser acondicionado em sacos azuis.
Grupo E	São os resíduos perfurocortantes e que devem ser descartados separadamente, no local de sua geração, imediatamente após o uso.	Devem ser acondicionado em caixas rígidas tipo Descartex, resistentes à punctura, ruptura ou vazamentos, tampadas e devidamente identificadas.

3.3 Reciclagem do Lixo Hospital

O lixo hospitalar ou resíduo sólido hospitalar, necessitam de uma correta destinação segundo a CONAMA – Conselho Nacional do Meio Ambiente, onde cabe a instituição capacitar educação permanente para com seus colaboradores um eficiente planejamento de destinação desses resíduos. Para ter uma ideia da dimensão do lixo no Brasil, a Associação Brasileira de Empresas de Limpeza Pública e Resíduos Especiais (Abrelpe) divulgou em seu panorama anual que em 2017 o país produziu cerca de 74,4 milhões de toneladas de lixo e apenas 3% desse valor é reciclado. Levando em conta que grande parte desse lixo são resíduos produzidos nos serviços de atenção à saúde. O aconselhado é que seja reprocessado pelo aprimoramento do processo de reciclagem, uma vez que a instituição se responsabilize pela logística reversa de resíduos sólidos, onde é reaproveitado o lixo possível de reciclagem. Fato demonstrado por meio da PNRS – Política Nacional de Resíduos Sólidos, instituída pela lei nº12.305, de 5 de agosto de 2010, onde prevê a prevenção e redução na geração de resíduos (PLANALTO,2010)

A proposta da reciclagem é que a sociedade como um todo, entenda que nem todo lixo produzido nas instituições de saúde sejam entendidos como perigoso para a saúde, na qual possui uma separação por categoria, segundo a CONAMA.

As práticas de gestão de resíduos adequadas com o objetivo de gerenciar o descarte correto, assim tendo um foco na reciclagem do lixo colaboram para conscientização, visando a proteção para os colaboradores e para a preservação do meio ambiente.

Segundo Valle (2006), desde a década de 1990 o homem vem se conscientizando dos efeitos nocivos que o descarte incorreto dos resíduos gerados pelos serviços de saúde pode causar na natureza.

Segundo Silva (2011) “a reciclagem do lixo é fundamental para a preservação do meio ambiente, além de diminuir a extração de recursos naturais, reduz o consumo de energia, diminuindo também o acúmulo de resíduos produzidos”.

Nos serviços de saúde é grande a variedade do lixo produzido, por esse motivo um possível processo de reciclagem fica inviável se não houver uma segregação correta dos lixos que podem ser reciclados.

4 METODOLOGIA

Inicialmente foram selecionados artigos, leis e resoluções referentes ao processo de segregação dos resíduos sólidos, como mostra a RDC 33 de 2011 e a resolução 358 de 2005 da CONAMA, que enfatiza a situação do lixo hospitalar no Brasil e a sua classificação.

Realizou-se consulta via internet em bancos de dados e sites pertinentes ao assunto, tais como: Scielo, Google Acadêmico e BVS - Biblioteca Virtual em Saúde por meio das palavras chaves: lixeira inteligente; segregação do lixo; lixo hospitalar.

Inicialmente foram selecionados artigos pertinentes ao assunto, a leitura dos resumos das publicações selecionadas com o objetivo de refinar a amostra por meio de critérios de inclusão e exclusão. Em seguida, foram identificadas as principais ideias de lixeiras inteligente e a tecnologia por trás delas em pesquisas em sites e páginas de tecnologia como por exemplo o site Computerworld.com e o site Olhardigital.com. Após isso, iniciamos o processo de desenho da lixeira inteligente 4.0 com o intuito de esboçar o desenvolvimento de um aglomerado de tecnologias atuais em um único aparelho que será capaz de fazer a separação dos resíduos hospitalares passíveis de reciclagem.

5 RESULTADOS

5.1 A Lixeira Inteligente 4.0

Para que aconteça a segregação que é preconizada na RDC 222/2018, as instituições de saúde devem adotar uma política de educação ambiental e treinamentos para a equipe de assistência e de apoio, por esses serem os principais responsáveis pela produção e manuseio do lixo.

A RDC 222/2018 da ANVISA diz que a separação do lixo produzido pelos serviços de saúde deve ser segregada no momento de sua produção. Para que ocorra essa separação do lixo hospitalar o presente trabalho traz a ideia e o prévio desenvolvimento de uma lixeira que é capaz de fazer a separação do lixo possivelmente infectante do lixo que é possível de reciclagem, aqui denominado de lixeira inteligente 4.0, em menção ao novo conceito tecnológico vivido atualmente na saúde.

A ideia da lixeira inteligente vem pra demonstrar que é possível reciclar grande parte do lixo produzido no hospital, tendo base o lixo do grupo “D” da RDC 306/2004 da ANVISA, contudo, a lixeira

inteligente também seria capaz de fazer a identificação e a separação de lixos de outras categorias.

5.2 A Tecnologia Da Lixeira Inteligente 4.0

A ideia de uma lixeira inteligente já é uma realidade nos dias atuais, exemplo disso é a lixeira inteligente da marca Xiaomi que é capaz de abrir a tampa automaticamente através de um sensor de proximidade, (como mostra na figura 1). Outra ideia de lixeira inteligente foi inventada pelo japonês Minoru Kurata, que inventou uma lixeira com sensor que se movimenta na direção do lixo atirado, tecnologia que atualmente vem se desenvolvendo cada vez com mais rapidez.



Lixeira inteligente da Xiaomi.



Lixeira inteligente do japonês Minoru Kurata.

Entretanto, diferente das lixeiras que existe atualmente, a ideia da Lixeira Inteligente 4.0 é a associação de várias tecnologias já existente em uma única máquina que seria capaz de identificar o lixo através de um sistema de captação de imagens e um software de reconhecimento de imagens, e após a identificação, a lixeira faria a separação do lixo em locais pré determinado no seu interior.

O software de reconhecimento de imagens é uma realidade e podemos ver sua utilização em diversas tecnologias e produtos existente atualmente. Empresas como a Google, a Samsung e a Salesforce usam e desenvolve a todo momento softwares de reconhecimento de imagens e rostos, e alguns desses é disponibilizado de forma gratuita para a aplicação em Interface de Programação de Aplicações (API). Podemos citar como exemplo o software da empresa Google denominado de “Cloud Vision”, que teve sua liberação em 2016.

O software é disponibilizado para aplicação em máquinas ou sites de reconhecimento de imagens e tem o limite de fazer até 1(um) mil identificações por mês de forma gratuita nos bancos de imagens da empresa, passando dessa quantidade o usuário é obrigado a fazer a adesão de um plano de serviço com pagamentos mensais.

A Lixeira Inteligente 4.0 a princípio, é uma ideia que poderá futuramente ser desenvolvida de forma específica e abrangente, entretanto, para o presente trabalho a ideia vai ser explorada apenas em forma de esboço, mas retratando fielmente a ideia.

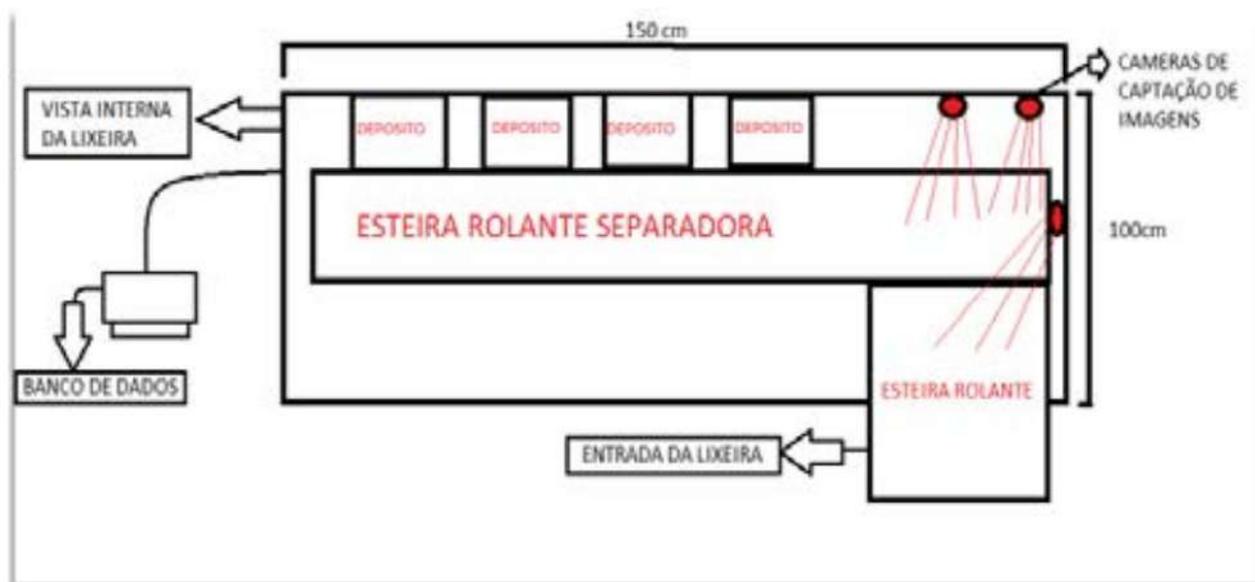
A ideia é que inicialmente a lixeira usaria o software de reconhecimento das imagens disponibilizada pela empresa Google com um aglomerado de tecnologias, já existente, que faria a separação dos resíduos, aqui retratado como “partes da máquina”.

As figuras abaixo retrata a estrutura que a lixeira teria em uma visão interna bem como de sua frente e de suas laterais.

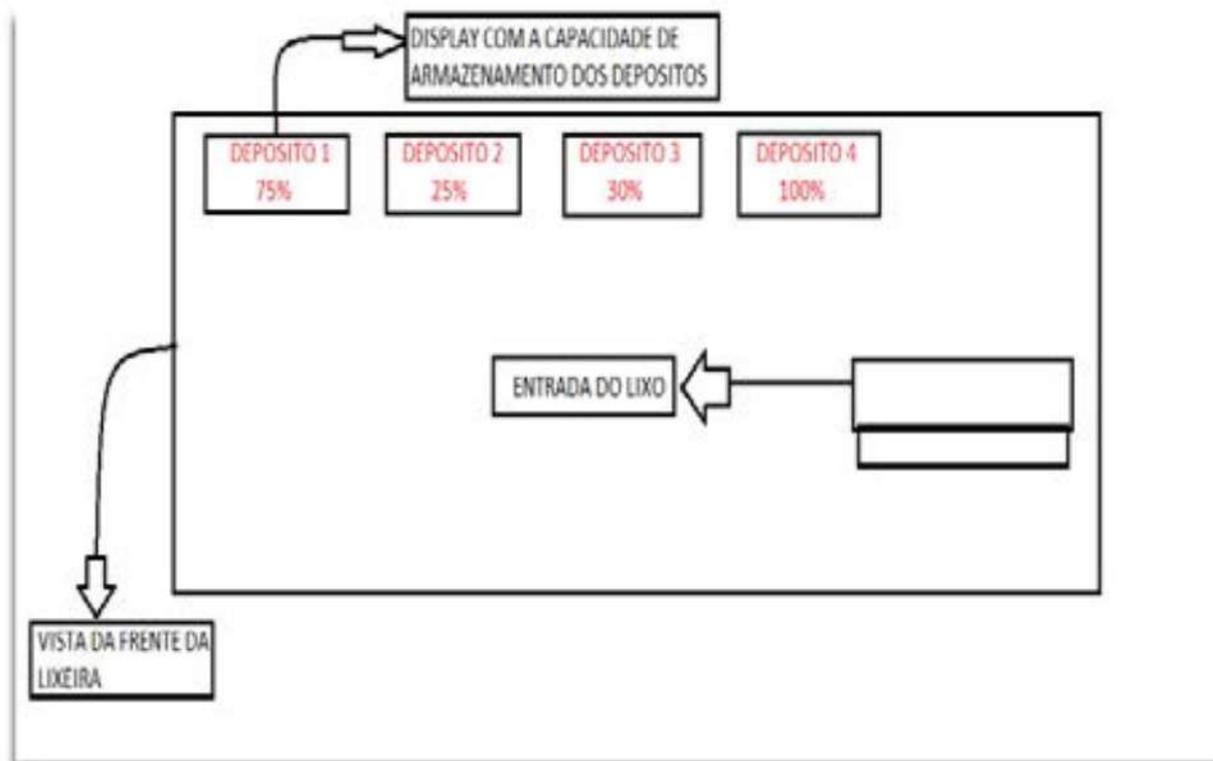
PARTES DA MÁQUINA:

*Esteira rolante 1 (entrada do lixo);

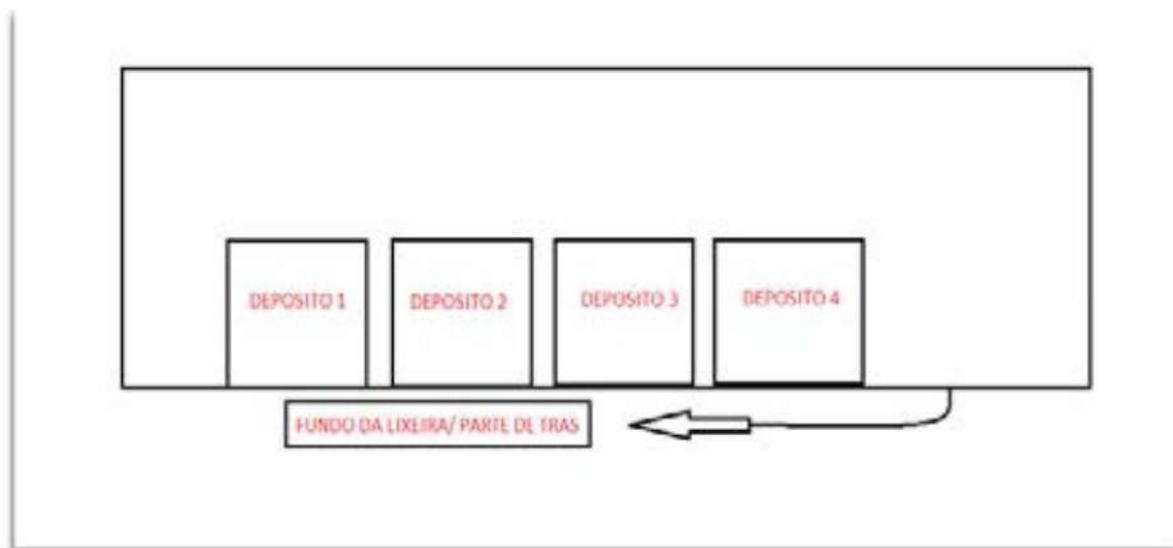
- *Esteira rolante 2 (separadora);
- *Câmera de captação de imagens 1 e 2;
- *Depósitos de compressão do lixo;
- *Banco de dados;
- *Displays de leitura de quantidade de lixo;
- *Sensores de nível.



Visão interna da lixeira inteligente 4.0.



Visão da frente da lixeira.



Fundo da lixeira/retirada dos dejetos.

O PROCESSO DA LIXEIRA

O processo da separação do lixo na Lixeira Inteligente 4.0 é simplificado: o lixeiro entraria da lixeira pela entrada da frente (entrada 1 da figura), e após a entrada, a primeira esteira conduziria o lixo até a câmara de captação de imagens, após isso ocorreria a identificação pelo software de reconhecimento de imagens, em seguida o sistema de reconhecimento enviará as informações do lixo assim como seu destino final na lixeira, após isso a segunda esteira seletora conduziria o objeto ao recipiente adequado e ocorreria a compressão do lixo para redução do volume. A lixeira teria um sistema de displays na parte dianteira que daria a capacidade dos depósitos no seu estado atual, que seria medido por meio de sensores de captação de níveis.

A lixeira poderia ser utilizada em enfermarias e áreas afins em que exista o descarte do lixo da categoria possível de reciclagem, de acordo com a RDC nº306/2004 e a nº 222/2018, bem como a resolução CONAMA nº 358.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse trabalho possibilitou-se entender a classificação do lixo hospitalar, bem como suas resoluções e RDC referentes a esse assunto. A partir da evolução do pensamento de que nem todo lixo produzido nas unidades de prestação a saúde é contaminado que o processo de reciclagem poderá ser aplicado de forma eficaz nesse contexto. A educação continua a cerca da separação do lixo no momento do seu descarte é de crucial importância para que aconteça a reciclagem, mais infelizmente, a cultura de educar para prevenir não é conhecida de forma eficaz pela maioria das instituições de serviços de saúde. Pensando nessa falta de capacitação que surgiu a ideia de criar uma lixeira que seria capaz de separar e compactar o lixo da categoria “D” dos resíduos sólidos hospitalares, de acordo com a separação feita pela CONAMA.

As possibilidades de aplicação dessa tecnologia são amplas e iria viabilizar o processo de reciclagem não apenas do lixo hospitalar, mas em qualquer outro setor, pois a tecnologia poder ser aplicada em diversas áreas, possibilitando o crescimento e evolução da reciclagem nas empresas prestadoras de serviços.

A proposta desse trabalho é demonstrar a viabilidade do processo de reciclagem para o lixo hospitalar e também, mostrar a estrutura da lixeira inteligente, bem como o seu processo de funcionamento.

O processo de separação por meio da lixeira inteligente também seria de grande viabilidade econômica para as instituições de saúde privada, principalmente, uma vez que as empresas terceirizadas para a coleta do lixo produzido realiza a cobrança por quantidade de material descartado, sendo que a coleta do lixo infectante é mais onerosa para as instituições por envolver diferentes tipos de procedimentos. Desse modo a utilização da lixeira inteligente iria em médio prazo oferecer lucro no sentido de separar o lixo mais oneroso do menos oneroso no seu processo de descarte.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APLICATIVO de reconhecimento de imagens; acessado em 30 de outubro de 2019; Disponível em: https://biblioteca.unilasalle.edu.br/docs_online/tcc/graduacao/ciencia_da_computacao/2014/tstomasel.pdf

BIDONE, F. R. A.; POVINELLI, J. Conceitos Básicos de Resíduos Sólidos. São Carlos: EESS/USP, 1999. 120p.

BRILHANTE, O. M.; CALDAS, L.. A. Gestão e avaliação de risco em saúde ambiental. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. 155p

FÓRUM DE RESÍDUOS SÓLIDOS; Acessado em 29 de outubro de 2019; Disponível em : <http://www.firs.institutoventuri.org/pt/sobre-o-firs/organizadores.html>.

Interface de programação de aplicações; acessado em 30 de outubro de 2019; Disponível em: <https://computerworld.com.br/2016/02/18/google-libera-api-de-reconhecimento-de-imagem-para-desenvolvedores>.

LEI Nº 12.305, DE 2 DE AGOSTO DE 2010; Acessado em 30 de outubro de 2019; Disponível em: Política Nacional de Resíduos Sólidos- http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12305.htm.

LIXEIRA DA XIAOMI; Acessado em 30 de outubro de 2019; Disponível em: - <https://olhardigital.com.br/video/xiaomi-apresenta-lixeira-inteligente/85557>

PANORAMA DE RESÍDUOS SÓLIDOS NO BRASIL 2017. ACESSADO EM 05 de novembro de 2019; Disponível em: http://abrelpe.org.br/pdfs/panorama/panorama_abrelpe_2017.pdf

RESÍDUOS SÓLIDOS EM SAÚDE; acessado em 30 de outubro de 2019; Disponível em: <https://www.vgresiduos.com.br/blog/conheca-a-disposicao-correta-de-residuos-de-saude/>
SILVA, Natalina Maria da. Segregação dos resíduos sólidos hospitalares. 2011.

VALLE, Cyro Eyer do. Qualidade Ambiental: ISO 14000.6ª. ed. rev.atualiz. São Paulo: Senac, 2006.

O USO DA TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO NA GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM CONTEXTO DE DESASTRES NATURAIS¹

Jéssica T. M. de Souza²

Rosalina M. de Oliveira³

Bruno de P. Ribeiro⁴

RESUMO

Desastres naturais ou provocados pelo homem aumentam demasiadamente a demanda dos serviços de saúde, que sofrem com a falta de integração entre os serviços públicos e com o excesso de informações. Neste aspecto, a gestão da informação é fundamental para minimizar os prejuízos humanos e materiais. Neste contexto, o presente trabalho realizou uma revisão de literatura acerca de estudos sobre desastres naturais, avaliando seu impacto sobre os serviços de saúde, com ênfase na utilização da tecnologia da informação e comunicação (TIC) como suporte na tomada de decisão. Avaliou-se como as tecnologias disponíveis podem auxiliar na tomada de decisões pelos gestores. As publicações analisadas descrevem ações protocoladas que gestores devem seguir em situações de desastres ambientais com ênfase no uso de tecnologias da informação e comunicação (TIC'S) como ferramenta de gestão de suma importância no controle da administração hospitalar. Conclui-se que as tecnologias existentes mostraram-se relevantes no processo de decisão, contudo os sistemas de resposta e emergência ainda possuem deficiências inerentes ao próprio sistema.

PALAVRAS-CHAVE: Desastre Natural; Gestão em saúde; Tecnologia da Informação

INTRODUÇÃO

A Inovação Organizacional é caracterizada pela mudança na metodologia da gestão e da organização como um todo, seja no ambiente interno ou na relação com os fornecedores (LILIANE RANK et al, 2008).

O ambiente dos serviços de saúde não pode manter-se afastado deste contexto de inovação, especialmente em um cenário mundial marcado por relevantes desastres de origem humana ou natural, cenários caracterizados por aumento súbito da demanda e pela urgência na tomada de decisões por parte dos gestores.

Neste aspecto, a gestão da informação é fundamental nas etapas de prevenção e resposta a desastres e contribui para a diminuição de riscos tanto humanos como materiais e a celeridade torna-se um ponto determinante na resolução dessas questões. A resposta a desastres é considerada atípica e requer agilidade no processo decisório em meio a um ambiente enérgico e variável, onde circulam incontáveis informações, que na maioria das vezes estão incompletas, constituindo assim um desafio para seus executores (MARGOTO, JB. FERNANDES, JHC, 2017).

Neste aspecto, a resposta a emergências demandadas por desastres ainda representam desa-

1 Trabalho apresentado para o III Congresso de Gestão Hospital da Faculdade Laboro em 2019

2 Aluno do Curso de Gestão Hospitalar da Faculdade Laboro, e-mail: jessicameneses98@gmail.com

3 Aluno do Curso de Gestão Hospitalar da Faculdade Laboro, e-mail: rosalinasz@hotmail.com

4 Orientador do Trabalho. Professor Doutor da Faculdade Laboro. e-mail: brunodpr@hotmail.com

rios a serem solucionados, principalmente pela falta de integração dos sistemas de saúde e segurança pública (ARAÚJO, RM; MACIEL, RS; BOSCARIOLI, C.2017).

Sendo assim, o presente artigo busca reunir estudos sobre desastres naturais que demandaram maior agilidade dos serviços de saúde, com ênfase na utilização da tecnologia da informação e comunicação (TIC) como suporte na tomada de decisão. Foi avaliado se e como a incorporação de tecnologias para a tomada de decisões impacta a organização do trabalho. Este estudo pode ser útil para o avanço na gestão em saúde, especialmente no que tange a ações para prevenir, preparar e responder a esses fenômenos ambientais, visando minimizar os reflexos negativos sobre a saúde da população.

DISCUSSÃO

Breve histórico de Desastres Naturais no cenário Internacional e no Brasil

As catástrofes ambientais têm se tornado eventos constantes no Brasil e em outros países e, em geral, estão relacionadas a alterações climáticas.(Machado, CC. Machado, JP. 2019, p.161).Os fenômenos atmosféricos, como as inundações, vendavais, estiagem, seca e deslizamentos são eventos comuns no Brasil. Ademais, a relação de determinadas comunidades com a natureza pode gerar ameaças ainda maiores e representar perigo para as pessoas residentes nestas áreas, se convertendo em desastres com graves consequências para a saúde e bem-estar da população afetada, como também impactar no funcionamento dos serviços de saúde (BRASIL,2012, p.5).

Segundo dados do Centro Universitário de Estudos e Pesquisas sobre desastres (CEPED/UFSC), divulgados no Atlas Brasileiro de Desastres Naturais e compreendendo o período entre à década de noventa e o ano 2012, ocorreram aproximadamente 40.000 desastres que afetaram a vida de mais de 120 milhões de pessoas (UFSC,CEPD. 2013).

De acordo com o Emergency Events Database (EM-DAT 2019), em 2018 foram registradas 315 ocorrências de tragédias ambientais, sendo a maior parte causada por inundações, resultando em aproximadamente 11 milhões de mortes e prejuízo de aproximadamente de 130 milhões de dólares.

Desastre natural é o produto da ação de um evento de ordem natural extremo sobre determinada sociedade, ocasionando efeitos sérios que excedem a capacidade da população atingida em conviver com as consequências (Margoto, JB. Fernandes, JHC.2017, p.7)

De acordo com FREITAS CM et al (2014, p.3646) desastre natural é o arranjo de quatro condições determinantes para a saúde coletiva, são elas:

- 1) A ocorrência de uma ameaça natural; 2) uma população exposta; 3) as condições de vulnerabilidade social e ambiental desta população; 4) insuficientes capacidades ou medidas para reduzir os potenciais riscos e os danos à saúde da população.

Essas eventualidades compreendem processos naturais e sociais, que abalam a sociedade por causa da relação entre a comunidade e a probabilidade de ocorrer o fenômeno natural. Tais ameaças possuem aspectos específicos, tais como localização, intensidade, frequência e possibilidade de ocorrência (FREITAS, CM et al, 2014,p.3646).

Além dos desastres naturais, há também os chamados desastres tecnológicos, isto é, resultantes da interação do homem com o ambiente. Tais desastres sucedem da intervenção intencional do homem com o ambiente, tais como ocorre em incêndios, explosões ou eliminação de substâncias perigosas (CARDOSO, RBS.2018,p. 39).

O debate de uma política nacional de defesa civil não é algo novo. No ano de 2012 foi publicada a lei nº 12.608, que entre outras medidas, autoriza a criação de sistema de informações e monitoramento de desastres. O órgão responsável pelo monitoramento e coleta dessas informações é o Cemaden (Centro Nacional de Monitoramento e alertas de Desastres Naturais), vinculado ao Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação. Ao total são aproximadamente 1.400 pontos de coleta no Brasil em 2015, para monitoramento de chuvas que abrange uma infraestrutura complexa e moderna para apoio de gestores públicos no acompanhamento e atendimento de desastres ambientais (Aguirre, 2017).

A temática de desastres ambientais tem levantado discussões a nível global devido as consequências negativas e por vezes devastadoras para a sociedade, e o resultado dessas discussões foram sintetizados na tabela 01.

MATERIAL E MÉTODOS

Realizou-se revisão sistemática da literatura brasileira e internacional com publicações entre 2010 e 2019, sendo pesquisadas na Base de Dados SCIELO, BVS. A amostra constituiu-se de 14 trabalhos. As publicações analisadas descrevem ações protocoladas que gestores devem seguir em situações de desastres ambientais com ênfase no uso de tecnologias da informação e comunicação (TIC'S) como ferramenta de gestão de suma importância no controle da administração hospitalar.

RESULTADOS

Tabela 1. Principais desastres ambientais e a geração de informações sobre desastres.

Eventos que envolvem a temática		
Ano	Contribuição Científica	Resultados
2005	Conferência global realizada pela Organização Mundial das Nações Unidas (ONU) cujo centro das discussões foi a redução de desastres.	Aprovado o Marco de Ação de Hyogo (MAH) que abrange o período de 2005- 2015, que tem como objetivo o “aumento da resiliência das nações e das comunidades diante de um desastre”
2008	A Organização Panamericana de saúde (OPAS) aliada com a OMS lançou o índice de <i>Seguridad Hospitalaria: guía de evaluador de hospitales seguros (ISH)</i> .	A referida publicação versa sobre a definição de hospital seguro e explana em detalhes as etapas para a aplicabilidade de uma lista de verificações que norteia para alcance do ISH.
2012	Conferência da ONU sobre o desenvolvimento sustentável, conhecida como Rio+20, cuja temática foi a redução de riscos de desastres.	Documento intitulado “o futuro que queremos”, cujo objetivo é uma chamada para ações nas mais diversas áreas da sustentabilidade.
2015	Conferência da ONU sobre a redução de riscos de desastres.	Aprovado Marco de Sendai, que abrange o período de 2015 à 2030, cujo objetivo é a implementação do marco de Ação de Hyogo. Uma de suas estratégias para redução de risco de desastres são elaboração de planos regionais e nacionais, agindo com perseverança e persistência com foco nas pessoas afetadas.

Tecnologias disponíveis para uso gerencial em saúde em situações de desastres

Os sistemas de informação em saúde (SIS) são um conjunto de partes que se relacionam (coletam, processam, armazenam e distribuem informação) para suporte na tomada de decisão e auxílio na administração da instituição de saúde. Portanto os SIS na saúde agregam uma série de dados que posteriormente transformam em informações e conhecimento para uso no ramo da saúde. (MARIN, HF.2010. p.21).

Os sistemas de resposta a emergências sustentam as operações para o gerenciamento de uma calamidade ambiental ou desastre, quer ele natural ou causado pelo homem, para contender os efeitos que o desastre provoca na sociedade (ARAÚJO, RM; MACIEL, RS; BOSCARIOLI, C.2017).

Os sistemas de suporte em situações de desastres apresentam dificuldades provenientes do próprio sistema, das quais podemos destacar: a) o processo decisório colaborativo em contexto de pressão de tempo, informação incompleta e as vezes imprecisa e a necessidade de gerenciar pessoas. b) interfaces novas e usabilidade em condição de stress, os sistemas tem que ser de fácil manuseio e apresentar informações corretas para a pessoa correta em tempo hábil e novos dispositivos devem ser incluídos para dar suporte ao sistema entre outros. (ARAÚJO, RM; MACIEL, RS; BOSCARIOLI, C.2017)

Tabela 2. Principais tecnologias utilizadas em desastres naturais

TECNOLOGIAS DISPONÍVEIS PARA AUXÍLIO NA TOMADA DE DECISÃO EM CONTEXTO DE DESASTRES NATURAIS	
FERRAMENTA	DESCRIÇÃO
Projeto OSIRIS (2009) E SANY (Sensor Anywhere)	Tenciona a fornecer dados de sensores (fixos e móveis, aéreos, virtuais) capazes de detectar, mensurar e disseminar informações em tempo real, de fácil processamento para uso na gestão em desastres, atua em desastres como: alagamentos, tsunames, terremotos)
Projeto Sensor Net e IPAWS-OPEN	Propõe que redes de sensores (fixos e móveis, aéreos virtuais) independentes, locais e regionais atuem em uma infraestrutura nacional de segurança pública. Atua em desastres como terremotos, alagamentos.
IGaDs (Guardas inteligentes contra os desastres)	É um sistema que tem a função de autenticar e processar mensagens padrão para alertar desastres e tomar ações adequadas, tal sistema é utilizado para evitar incêndios em construções prediais e facilitar a evacuação.
Sistemas USHAHID e o SAHANA, RESCUER	Sistemas de Informação de uso coletivo e crowdsourcing, são operacionalizados por uma rede de voluntários à nível global para apoiar a gestão de emergências.

Ações de prevenção e resposta do Brasil frente à desastres naturais

A gestão de riscos de desastres pode ser entendida como uma série organizada de decisões administrativas produzido por determinada sociedade visando a implementação de políticas, estratégias e fortalecimento de suas competências com o intuito de minimizar as consequências de desastres ambientais e tecnológicos. Isto implica nas mais variadas atividades, ou seja, envolve padrões estruturais e não-estruturais para prevenir ou limitar os efeitos adversos dos desastres. (Brasil,2011)

É necessário enfatizar que gestão de risco de desastre não é similar a gestão de desastre, pois a

gestão de risco é caracterizada por um ciclo de ações com as fases antes, durante e depois do desastre, ou seja, um sistema contínuo de raciocinar e agir com visa a atingir resiliência, já a gestão de desastre atenta para ações no momento ou posterior ao evento, simplesmente para responder as consequências iniciais ou restituir as condições locais em nível considerável de funcionamento. (FREITAS, Carlos Machad de; et al,2017)

A Vigilância em saúde ambiental dos riscos relacionada aos desastres naturais objetiva desenvolver um conjunto de ações contínuas para responder às emergências em saúde pública e adere ao processo de gestão de risco que se divide em três etapas: redução de risco, manejo do desastre e recuperação. A etapa de redução de risco consiste em: a) é necessário estabelecer parcerias intersectorial, principalmente com a Defesa Civil, bombeiros, assistência social e outras secretarias. b) (re)construir estabelecimentos assistenciais de saúde (EAS) com certo padrão de segurança visando garantir sua perfeita funcionalidade nas situações de desastres e ampliação da oferta de serviço. c) elaboração de plano de contingência, protocolos, e procedimentos por área técnica. d) cadastrar e capacitar voluntários. e) elaborar simulações (treinamento) para atender esses tipos de emergência etc. A fase de Manejo do desastre consiste em: a) acompanhar a propagação dos alertas. b) promover ações de respostas. c) convocar o COE-saúde (comitê de emergência em saúde). d) notificar o desastre. e) avaliar os EAS, os locais de abrigo, sistemas de abastecimento de água, identificar capacidade de atendimento, e as necessidades em saúde, tais como quantidade de insumos disponíveis: medicamentos, insumos, recursos humanos, dentre outros, essas informações são preenchidas no formulário ADAN-SUS (avaliação de danos e análise de necessidades). f) convocar voluntários. A etapa de recuperação ao desastre consiste em: a) reaplicação do ADAN-SUS. b) regular leitos disponíveis para atendimento dos pacientes vítimas do desastre. c) avaliar a resposta e inserir lições aprendidas na rotina de serviços etc. Os meios de comunicação e as redes sociais são as ferramentas bastante comuns em contexto de desastres, revelando -se importante veículo para a propagação de informações de alerta, prevenção, e enfrentamento aos desastres. (BRASIL,2017).

O formulário ADAN-SUS é uma ferramenta de avaliação que faz estimativa do impacto e dos efeitos oriundos de desastres ambientais ou tecnológicos, de forma qualitativa e quantitativa os danos humanos, população exposta, fatores de risco, acessibilidade, recursos humanos, econômico- financeiros, etc. O ADAN objetiva norteia a necessidade de recursos extras: humanos, materiais, equipamentos, medicamentos etc. e posteriormente dar ciência dos valores gastos nas ações de recuperação e resposta. (PLANO ESTADUAL DE EMERGENCIA EM SANTA CATARINA,2011).

Outro instrumento de suporte na gestão é o Índice de Seguridad Hospitalaria, que permite aos gestores obterem respostas mais concretas quanto ao preparo dos estabelecimentos de saúde para atender com segurança a população atingida pelos desastres, tal ferramenta possibilita o gestor: a) identificar e classificar a vulnerabilidade do estabelecimento assistencial em saúde (EAS) ante aos potenciais riscos desinente das ameaças dos desastres naturais ou tecnológicas. b) efetivar adequações dos elementos estruturais, não-estruturais e funcionais do estabelecimento de saúde e c) obter informações comparativas entre organizações de saúde, com o objetivo de ampliar as discussões e relatar experiências interinstitucionais de saúde, visando o fortalecimento das políticas de fomento, seja local, regional ou global de hospitais seguros diante de desastres. O ISH é um dispositivo que se destaca também pela forma de mensuração de dados que auxiliará os tomadores de decisão na priorização de ações de investimentos em segurança hospitalar e ter uma postura resiliente ante aos desastres. (CARDOSO, RBS. 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que as tecnologias existentes mostraram-se relevantes no contexto de desastres naturais e que os sistemas de resposta a emergências ainda apresentam desafios e deficiências em alguns aspectos. Logo, as ferramentas disponíveis precisam ser aprimoradas e exploradas para atender com eficiência as demandas ocasionadas por desastres e os envolvidos na resolução nessa questão precisam estar capacitados e preparados.

REFERÊNCIAS

AGUIRRE, Tiago Ferraz de Arruda e. **Gerência de risco de enchentes em cidades inteligentes**. Campinas, 2017.

ARAÚJO, R.M; MACIEL, RS; BOSCARIOLI, C. "I Gran DSI- BR: grandes desafios de pesquisa em sistemas de informação no Brasil (2016-2026)". Relatório Técnico. Comissão Especial de Sistemas de Informação (CE-SI) da Sociedade Brasileira de Computação (SBC), 67p, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Desastres Naturais e Saúde no Brasil**. v.2 Brasília. 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de preparação e resposta a emergências de saúde pública: guia de preparação e resposta aos desastres associados às inundações para a gestão municipal do Sistema Único de Saúde**. Brasília. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações básicas para gestores e técnicos do SUS para situações de desastres associados a inundações**. Brasília. 2017.

BRASIL. Secretaria de Estado de Santa Catarina. **Plano Estadual de Emergência em Santa Catarina 2016-2019**. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/legislacao-principal/anexos-de-deliberacoes-cib/anexos-deliberacoes-2017/11603-anexo-deliberacao-139-2017-plano-estadual-vigidesastres-sc-revisado/file>

CARDOSO, Roberto Braz da Silva. **Hospitais seguros frente a desastres: tradução e aproximação do cultural do índice de seguridad hospitalaria para o contexto brasileiro**. Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro. 2018.

EMERGENCY EVENTS DATABASE (EM-DAT). The OFDA/CRED International Disaster Database 2019.

FREITAS, C.M et al. **Desastres Naturais e Saúde: uma análise da situação do Brasil**. Revista Ciência & Saúde coletiva. v.19, n.9.p.3646. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n9/1413-8123-csc-19-09-3645.pdf>

FREITAS, Carlos Machadi de; et al. **Gestão local de Desastres Naturais para a Atenção Básica**. Universidade Aberta do SUS/UNIFESP. 2017. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/9036>

MACHADO, Cristiane Canez; MACHADO, Jeferson Prietsch. **Análise Teórica dos desastres naturais: gestão e política de assistência social.** Revista Grifos.n.46. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rk/v15n1/a03v15n1.pdf>

MARGOTO, Julia Bellia; FERNANDES, Jorge Henrique Cabral. **Usos e aplicações de novas TIC'S na gestão de desastres naturais.** Perspectivas em ciência da Informação. V.22,n.3.p.3-

15.jul./set. 2017 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pci/v22n3/1981-5344-pci-22-03-00003.pdf>

MARIN, Beijar de Fátima. **Sistemas de Informação em saúde: considerações gerais.** Journal of Health informatics. São Paulo. 2010. Disponível em: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/viewFile/4/52>

UFSC, CEPED. **Atlas Brasileiro de Desastres Naturais:1991 a 2012.** 2º ed. Florianópolis.2013.

RANK, Liliane; EMEDIATO, Gustavo; OSÓRIO, Hector Herman Gonzalez. **Manual de Inovação.** Brasília. 2008.

SEGURANÇA DO PACIENTE: O ENVOLVIMENTO DO PACIENTE NA SEGURANÇA DENTRO DA INSTITUIÇÃO¹.

Joana Luzia Marques Foicinho²

Paula Germana S. de Oliveira³

Ilka Kassandra Pereira Belfort⁴

RESUMO

O objetivo do estudo é encontrar estratégias para a inclusão do paciente de forma segura em seu cuidado, evitando eventos adversos que podem ocorrer durante o período de internação. O impacto desse estudo está na revisão em constatar a necessidade de identificar intervenções efetivas, direcionando as instituições de saúde para uma mudança na cultura organizacional, com o foco no envolvimento do paciente e família no seu cuidado. A segurança do paciente necessita ser instrumentada para os futuros profissionais para a prevenção de eventos e desenvolver neles a cultura de segurança do paciente no seu atendimento.

PALAVRAS-CHAVE: Inclusão do paciente, Segurança no cuidado, Qualidade no atendimento.

ABSTRACT

Insert one the objective of the study is to find strategies for the inclusion of patients safely in their care, avoiding adverse events that may occur during the period of hospitalization. The impact of this study is on the review to find the need to identify effective interventions, directing health institutions for a change in organizational culture, with a focus on patient and family involvement in their care. Patient safety needs to be instrumented for future professionals to prevent events and develop in them the patient safety culture in their care.

Keywords: Patient inclusion, Safety in care, Quality of care.

INTRODUÇÃO

A inclusão de pacientes nos procedimentos hospitalares tem uma grande, significativa e complexa parcela nos cuidados de saúde prestados aos pacientes, os estudos da Organização Mundial de Saúde (2004) indicam que em cada seis pacientes internados em hospitais um é vítima de algum tipo de erro ou evento adverso, que na maioria das circunstâncias é passiva de medidas de prevenção.

Tanto o Ministério da Saúde como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a Organização Mundial de Saúde (OMS), vem tratando este tema, que envolve ações que visam melhorias nos serviços de saúde na perspectiva da segurança do paciente, que se refere ao direito das pessoas de não sofrerem riscos dentro de um hospital (BRASIL, 2014).

Em todos os setores tanto nas emergências, procedimentos cirúrgicos e internação,

1 Trabalho apresentado para o III Congresso de Gestão Hospital da Faculdade Laboro em 2019

2 Aluno do Curso de Gestão Hospitalar da Faculdade Laboro, e-mail:Joanamarque185@hotmail.com

3 Aluno do Curso de Gestão Hospitalar da Faculdade Laboro, e-mail: p_germana@hotmail.com

4 Orientador (a) do Trabalho. Professor (a) da Faculdade Laboro. e-mail: ilkabelfot@gmail.com

a preocupação com o cuidado do paciente é essencial, pois um bom atendimento pode reduzir custos hospitalares e assegura a qualidade do atendimento ao paciente. A prevenção do erro no cuidado da saúde é admitir que ele é possível e está presente; os profissionais de saúde necessitam compreender os tipos de eventos adversos e suas causas, consequências e fatores contribuintes, para análise crítica e a tomada de decisão, que pretende eliminar, evitar e/ou reduzir erros cotidianos. Todos os anos centenas de milhares de pacientes sofrem algum dano ou morrem devido à falta de segurança em procedimentos médicos ou hospitalares, alguns ficam com sequelas temporárias ou definitivas.

A relevância deste estudo está em identificar, evidenciar a prática clínica sobre como garantir o envolvimento do paciente no cuidado, com vistas a melhorar a qualidade e a segurança do paciente durante a assistência à saúde. A participação do paciente e de sua família tem sido cada vez mais reconhecida como um componente fundamental para o gerenciamento de risco nos serviços de saúde e é defendida como um meio para melhorar a qualidade da assistência prestada, entre essas qualidades inclui-se:

- Identificar corretamente o paciente;
- Melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde;
- Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos;
- Assegurar cirurgias e procedimentos em locais de intervenção, fazer a correta verificação do paciente,
- Higienizar as mãos para evitar infecção;
- Reduzir o risco de quedas e úlceras por pressão.

Logo, se faz necessário pensar na importância do gerenciamento de risco voltado para a segurança do paciente e a inclusão da família, assim que eles estão mais participativos em seu cuidado; portanto os profissionais devem fazer questão de demonstrar as orientações médicas, utilizando uma linguagem mais simples e de fácil entendimento, fazendo com que a orientação percorra na velocidade correta, sempre explicando o porquê da solicitação de alguns exames e procedimentos.

A família se envolve nessa hora criando uma rotina, anotando os procedimentos a serem realizados, medicamentos que foram ministrados e os horários referentes aos mesmos; criando assim um sistema de monitoramento. Dessa forma, objetiva-se com esse trabalho analisar estratégias de inclusão do paciente e família em sua segurança, a fim de reduzir os riscos e danos à saúde dentro da instituição hospitalar.

MÉTODO

Este trabalho foi uma revisão da literatura, sobre a segurança do paciente, onde se realizou um levantamento bibliográfico eletrônico de artigos científicos dos anos 2013 a janeiro de 2019 (em português), nas bases de dados Pubmed e Science Direct, disponibilizados através do portal de periódicos.

Durante a busca, foram pesquisados artigos respectivamente nessa ordem, separados por vírgula e artigos por extenso na língua portuguesa. Após a busca através da combinação de artigos, foram aplicados filtros com os seguintes critérios de inclusão: ano de publicação (até seis anos atrás), público alvo do estudo (pacientes adultos), título e resumo. O cronograma deste estudo

procedeu-se no período de outubro 2019.

Durante a análise do título, e posteriormente, do resumo, foram adotados os seguintes critérios: se os títulos e os resumos relacionam com segurança do paciente, acreditação, qualidade no atendimento. Os artigos de revisão foram excluídos e para a pesquisa foram utilizadas as palavras chaves: Inclusão do paciente, Segurança no cuidado, Qualidade no atendimento.

RESULTADOS

O presente estudo investigou a inclusão do paciente nos cuidados oferecidos a ele, à inclusão da família e a forma de atendimento prestado pelo cuidado. Durante as pesquisas dos autores Silva et al (2016) foi constatado que pacientes que se encontram internados exigem um nível de intervenção do profissional de saúde mais abrangente, tanto nos aspectos sociais quanto no psíquico, minimizando riscos desnecessários a saúde mental do paciente ainda se lista o desconforto psicológico por se sentir desprotegido.

É notório que após o envolvimento do paciente e família no seu tratamento, o quadro clínico melhora bruscamente, tais aspectos podem ser visualizados e valorizados pela equipe de profissionais que atuam nos cuidados. Portanto os cuidados prestados de forma humana, com uma abordagem integrada e sem excluir o cuidado emocional, mais compreensivo, afirma ao paciente um atendimento de qualidade. Entre essas qualidades inclui-se:

- Identificar corretamente o paciente;
- Melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde;
- Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos;
- Assegurar cirurgias e procedimentos em locais de intervenção, fazer a correta verificação do paciente;
- Higienizar as mãos para evitar infecção;
- Reduzir o risco de quedas e úlceras por pressão.

As estratégias encontradas versam sobre o envolvimento do paciente no cuidado seguro a comunicação aberta/efetiva entre pacientes, acompanhantes e profissionais de saúde; o desenvolvimento da autonomia do paciente para o autocuidado; o envolvimento do paciente no cuidado; a disponibilidade de manuais e/ou cartilhas explicativas sobre o processo patológico do paciente; e a capacitação dos pacientes para os riscos que poderão ocorrer, trazendo benefícios ao tratamento.

A interação entre profissionais de saúde e paciente pode facilitar ou dificultar a manutenção da Segurança. Nessa perspectiva, a comunicação é uma ferramenta de extrema importância para a efetiva relação entre profissional e paciente que contribui, diretamente, para a prevenção de incidentes, além de ser apontada como uma questão ética no contexto da assistência à saúde.

Silva et al (2016) destacam que as prioridades na segurança do paciente, devem ser pensadas de forma proativa trazendo informações que fortaleçam a gestão, informação e a educação, como meio de potencializar o conhecimento e esforços entre todos os envolvidos com o desenvolvimento permanente dessa área.

O desenvolvimento de estratégias para a segurança do paciente neste país depende do conhecimento e do cumprimento do conjunto de normas e regulamentos que regem o funcionamento dos estabelecimentos de saúde, dando condições básicas para que estes estabelecimentos pos-

sam dar novos passos. Entre os instrumentos destacam-se a elaboração de planos locais de qualidade e segurança do paciente, com ações monitoradas por indicadores, gerido por uma instância responsável e de uma política de estímulo à utilização rotineira de protocolos e diretrizes clínicas.

A análise das informações possibilitou conhecer as estratégias adotadas nas perspectivas dos profissionais da saúde, para a mudança da cultura da segurança do paciente. Para que toda essa logística seja aplicada no atendimento se faz necessário alguns cuidados como:

- Compartilhar decisões acerca do tratamento, procedimentos e alertas sobre complicações;
- Informar ao paciente e família sobre o processo de cuidado;
- Permitir ao paciente e família acesso ao prontuário e suas informações;
- Estimular a participação do paciente e família nas iniciativas em prol de sua segurança tais como medidas para identificação correta;
- Organização do prontuário, identificação completa com nome, leito, etc.

Depois da logística aplicada, para a melhora no atendimento uma avaliação da satisfação do paciente deve ser adotada pelas instituições de saúde, para obter a percepção do paciente relacionada à qualidade da atenção recebida, beneficiando assim a organização desses serviços. A seguir apresenta-se um quadro que pode direcionar a avaliação do atendimento através da definição dos indicadores.

Quadro 1 – As definições dos atributos da qualidade

ATRIBUTOS	DEFINIÇÃO
Segurança	Evitar lesões e danos nos pacientes decorrentes do cuidado que tem como objetivo ajudá-los.
Efetividade	Cuidado baseado no conhecimento científico para todos que dele possam se beneficiar, evitando seu uso por aqueles que provavelmente não se beneficiarão (evita subutilização e sobre utilização, respectivamente).
Cuidado centrado no paciente	Cuidado respeitoso e responsivo às preferências, necessidades e valores individuais dos pacientes, e que assegura que os valores do paciente orientem todas as decisões clínicas. Respeito às necessidades de informação de cada paciente.
Oportunidade	Redução do tempo de espera e de atrasos potencialmente danosos tanto para quem recebe como para quem presta o cuidado.
Eficiência	Cuidado sem desperdício, incluindo aquele associado ao uso de equipamentos, suprimentos, ideias e energia.
Qualidade	Qualidade do cuidado que não varia em decorrência de características pessoais, como gênero, etnia, localização geográfica e condição socioeconômica.

Fonte: Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente (2014 p.6)

Ainda segundo o Documento de Referência para o PNSP (2014) embora o ponto chave para a segurança do paciente venha sendo baseado de práticas seguras é necessário refletir que para atingir um alto nível de segurança nas instituições de saúde se requer muito mais, como o reconhecimento da importância de maior engajamento dos pacientes no seu cuidado e a necessidade de transparência. No atual ambiente é preciso mudar a busca de erros como falhas individuais, para compreendê-los, mudar de um ambiente punitivo para uma cultura justa, mudar do sigilo para a transparência, o cuidado deve ser centrado no paciente, os modelos de cuidado devem ser colaborativos e de caráter profissional e a prestação de contas universal e recíproca, e não do topo para a base.

DISCUSSÃO

A segurança do paciente pode ser compreendida por diferentes referências, neste estudo é definida como valor, atitude, norma, crença, práticas políticas e comportamento de equipe. Instituição profissional de saúde e do paciente, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar o cuidado no processo. Uma das estratégias que tem sido estimulada para a prevenção desses incidentes é o envolvimento do próprio paciente e família nas ações de cuidado.

Nessa perspectiva a OMS (2004), criou o programa *Patients for Patient Safety*, traduzindo, Pacientes para a Segurança do Paciente, o qual reúne pacientes, profissionais, gestores e vítimas de danos como parceiros e colaboradores para melhorar a segurança e incentivar, que os pacientes sejam colocados no centro dos cuidados e incluídos como parceiros da assistência (OMS, 2004 2p).

Constata-se, portanto que a assistência à saúde pode expor os pacientes a várias situações de risco, sendo a internação um fator para a ocorrência de eventos adversos não esperados. Outro programa que visa envolver o paciente no cuidado para prevenir os erros na assistência em saúde é o “*Speakup*”, criado pela *Joint Commission* em 2005, oferece aconselhamentos ao paciente e estimula a realizar perguntas durante o cuidado de forma a sanar suas dúvidas e, ainda participar das decisões.

Nessa visão a comunicação é uma ferramenta de extrema importância para a relação entre o profissional e o paciente que contribui diretamente para a prevenção de incidentes, além de ser uma questão ética no contexto da assistência à saúde. Outra importante informação sobre o envolvimento do paciente em seu cuidado está na PORTARIA N° 529, DE 1° DE ABRIL DE 2013, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) considerando a necessidade de envolver estratégias, produtos e ações direcionadas aos gestores, profissionais e usuários da saúde sobre segurança do paciente.

A importância desta portaria se dá ao fato de vários questionamentos levantados a respeito da segurança do paciente em serviços de saúde, o art.2° do PNSP (2013) tem por objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. Entretanto o programa não pode ser visto como a única medida capaz de mudar esse quadro. Ao contrário, suas ações devem se articular aos esforços das demais políticas de saúde para desenvolver linhas de cuidado em redes de atenção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os hospitais que compõem o sistema de saúde brasileiro quando comparado com os demais prestadores de serviços em saúde, exigem especial atenção na avaliação de sua representatividade financeira, sozinho são responsáveis por dois terços dos gastos do setor uma considerável parte dos serviços produzidos, esse desequilíbrio pode desencadear diversos fatores que podem agravar e prejudicar direta e indiretamente a prestação do serviço.

A análise das informações, conhecer as estratégias adotadas nas perspectivas dos profissionais da saúde, para a mudança da cultura da segurança do paciente. A análise das informações possibilitou conhecer as estratégias e os métodos que podem ser adotados continuamente na perspectiva dos profissionais da saúde para uma mudança da segurança do paciente, buscando educação junto aos profissionais e familiares do paciente.

Os tópicos abordados neste estudo têm como resultado trazer a importância do erro como ponto base de ensinamento do trabalho em equipe, da mudança para um modelo assistencial afirmado na integralidade, da educação contínua e permanente. Identificando que para favorecer a segurança do paciente é necessária a promoção de um bom relacionamento e cooperação na equipe, com respeito mútuo entre todos os envolvidos. A formação e o desenvolvimento dos profissionais aliados a uma relação próxima do paciente e de seus familiares são potencialidades para um cuidado seguro e de qualidade.

REFERÊNCIAS

DOCUMENTO de referência da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2004 2p).

JOINT Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations. "Speak Up"[Internet]. USA;2005 [cited 2014 jan 15]. Available from: <http://www.jointcommission.org/assets/1/18/speakup-amb.pdf>.

KOHN LT, Corrigan JM, Donaldson MS. (2000), <http://www.researchgate.net>.

PORTAL de Periódicos da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), **RESOLUÇÃO Nº 1890-CONSEPE**.

PORTARIA MS/GM nº 529/2013: Ministério da saúde.<http://porta.fiocruz.br> que regulamenta o **Programa Nacional de Segurança do Paciente**.

REDE Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (rebraensp),<http://www.rebraensp.com.br>

SAÚDE Legis-**Sistema de Legislação de Saúde. Ministério da saúde-www.saude.gov.br**

SILVA TO,Bezerra ALQ, Pranaguá TTB,Teixeira CC.O envolvimento do paciente:<http://dx.doi.org/10,5216/ree.v1833340>.

SOUZA FCP, Montenegro LC; Goveia VR, Corrêa AR, Rocha PK; Manzo. BF. 2/8/2017. Disponível em: www.redalyc.org.

WORLD Health Organization. Patients for Patient Safety: forward program [Internet]. Geneva (SW); 2004 [cited 2014 jan 05]. Available from: <http://www.who.int/patientsafety/patients>